



7. Beleid bij soa's en soa-gerelateerde syndromen

Vastgesteld LOI-SG: 25 juni 2024

Wijzigingen sinds vaststelling:

- Maart 2026: Aanpassing tabel 7.2. Bij gebruik van TAR bij een injectie met ≤ 1 ml is geen overleg met behandelaar nodig. Er is nu aangegeven dat 2 minuten afdrucken voldoende is. Dit is in lijn met andere richtlijnen hierover.

Inhoud deeldraaiboek 7

7.1 Inleiding.....	78
7.2 Soa-gerelateerde syndromen	78
7.2.1 Urethritis bij de vrouw	79
7.2.2 Urethritis bij de man.....	79
7.2.3 Ulceratieve klachten in (oro-/ano)genitaal gebied.....	83
7.2.4 Fluor vaginalis en vaginitisklachten	85
7.2.5 Proctitis	88
7.2.6 Balanitis.....	90
7.2.7 Overige (ano)genitale huidafwijkingen	91
7.2.8 Pelvic inflammatory disease (PID)	92
7.2.9 Acute epididymitis.....	94
7.3 Behandeling op CSG	97
7.3.1 Wetgeving en aandachtspunten	97
7.3.2 Uitgifte/ter hand stellen van medicatie.....	97
7.3.3 Medicatie op recept	98
7.4 Aandachtspunten bij medicamenteuze behandeling.....	98
7.4.1 Voorafgaand antibioticagebruik	98
7.4.2 DoxyPrEP/PEP.....	98
7.4.3 Medicatie tijdens gebruik van antistolling	98
7.4.4 Medicatie en (vermoeden van) antibiotica-allergie	100
7.4.5 Medicatie en zwangerschap/borstvoeding	100
7.4.6 Interactie met over-the-counter producten en overige interacties....	102
7.4.7 Antibiotica en maagverkleining	102
7.4.8 Braken, diarree en gemiste dosis bij orale antibiotica.....	102
7.4.9 Interval syfilisbehandelingen	105
7.5 Advies voor seksuele onthouding na behandeling	105
7.6 Partnernotificatie	105
7.7 Verwijzen naar tweede lijn.....	105
7.7.1 Voorwaarden en aandachtspunten.....	105
7.7.2 Verwijzen met buitenlandse zorgverzekering	106
7.7.3 Verwijzen bij onverzekerden.....	106
Referenties.....	107

7.1 Inleiding

Als een soa of soa-gerelateerd syndroom wordt vastgesteld, kan het zijn dat deze moet worden behandeld. Een groot deel hiervan kan op het Centrum Seksuele Gezondheid (CSG) zelf worden behandeld. Dit deeldraaiboek beschrijft hoe te handelen bij de diagnostiek van een soa(-gerelateerd syndroom) en het verdere beleid.

Allereerst worden er, in § 7.2, praktische handvaten geboden bij de presentatie van de meest voorkomende soa-gerelateerde syndromen op het CSG. Deze zijn gebaseerd op de betreffende [LCI-richtlijnen](#) en de syndroomhoofdstukken in de [Multidisciplinaire richtlijn seksueel overdraagbare aandoeningen \(MDR soa's\)](#). Achtergrondinformatie en kennis, inclusief het beleid, zijn aldaar uitgebreid beschreven.

Ook behandelt dit deeldraaiboek de verwijzing van cliënten en (niet-)medicamenteuze behandelingen. De artsen en verpleegkundig specialisten werkzaam op het CSG mogen deze verstrekken en mogen recepten uitschrijven.

NB. Omwille van de leesbaarheid is in de rest van het deeldraaiboek enkel de term 'arts' gehanteerd waar u ook 'arts en verpleegkundig specialist' kunt lezen (tenzij anders aangegeven).

Het medicamenteuze beleid richt zich in dit deeldraaiboek met name op uitzonderingen en bijzondere situaties zoals allergieën, medicatie-interacties of zwangerschap *voor zover dit niet beschreven staat in de [LCI-richtlijn](#) van de betreffende soa*. Wetgeving en andere aandachtspunten worden benoemd. Details in de verdere begeleiding van cliënt, adviezen of partnermanagement worden beschreven in andere delen van dit [draaiboek Consult seksuele gezondheid](#), het [LCI-draaiboek Partnermanagement](#) en overige [LCI-draaiboeken](#).

7.2 Soa-gerelateerde syndromen

Dit hoofdstuk behandelt de vaakst voorkomende soa-gerelateerde syndromen. Voor informatie over een specifieke soa, zie de betreffende [LCI-richtlijn](#).

De in dit hoofdstuk genoemde differentiaaldiagnosen zijn niet compleet; alleen de meest relevante oorzaken voor de CSG's worden genoemd. Voor de diagnostiek op het CSG is uitgegaan van het minimum; elk CSG kan dit uitvoeren. Uitgebreidere onderzoeken op het CSG worden ook beschreven en zullen de keuze voor behandeling vergemakkelijken. Vervolgens staan de laboratoriumtesten aanbevolen om de diagnostiek zo compleet mogelijk af te handelen. De arts bepaalt hoeveel onderzoek ingezet wordt, afhankelijk van anamnese. In geval van klachten wordt altijd een screenend lichamelijk onderzoek uitgevoerd. Bij elke cliënt wordt het testbeleid uitgevoerd zoals beschreven in deeldraaiboek 6.

Met het verschijnen van de nieuwe [MDR soa's](#) (juli 2024) zal er anders omgegaan worden met het behandelen van soa-gerelateerde syndromen. Dit heeft te maken met de toename van antibioticaresistentie en de invloed hiervan op het microbioom. Behandeling met antibiotica conform de

betreffende LCI-richtlijn vindt bij voorkeur plaats na een microbiologische diagnose, zodat er niet onnodig wordt behandeld.

Professionals werkzaam in de publieke seksuele gezondheid streven ernaar zo snel mogelijk tot een diagnose te komen en enkel bij uitzondering en onderbouwd direct te behandelen. In individuele gevallen kan behandeling zonder diagnose noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld in geval van afwijkingen bij lichamelijk onderzoek of bij een vaste partner binnen de windowperiode van een soa. Behandeling kan ook noodzakelijk zijn om verdere transmissie van (ernstige) soa's te doorbreken en als de publieke gezondheid in gedrang komt.

Wanneer bij een soa-gerelateerd syndroom geen verwekker wordt aangetoond en/of de klachten persisteren of verergeren, krijgen personen het advies om contact op te nemen met hun huisarts. Dit algemene advies wordt niet steeds apart benoemd in de syndroomparagrafen 7.2.1 t/m 7.2.9. Als er een ander advies geldt, dan wordt dit wel expliciet beschreven bij het betreffende syndroom.

Naast behandeling met antibiotica vindt ook partnernotificatie plaats op geleide van een microbiologische diagnose. Afhankelijk van de diagnose worden huidige partners getest en zo nodig mee behandeld. Zie hiervoor het [LCI-draaiboek Partnermanagement](#).

PID of een acuut pijnlijk scrotum worden niet veel gezien op een CSG. In geval van een hoge verdenking op basis van de anamnese wordt een persoon verwezen naar de huisarts(enpost) gezien de urgentie om bijbehorende differentiaaldiagnoses uit te sluiten dan wel vast te stellen. Deze syndromen worden hier wel besproken (§ 7.2.8 en § 7.2.9), omdat deze beelden gerelateerd kunnen zijn aan een soa en ontstaan kunnen zijn in samenhang met andere syndromen en de consequenties ernstig kunnen zijn.

7.2.1 Urethritis bij de vrouw

Op het CSG wordt urethritis vooral gezien bij mannen. Daarom volgt hier slechts een zeer korte beschrijving voor vrouwen met urethritis.

Klinisch beeld

- dysurie;
- pollakisurie.

Vrouwen met klachten passend bij urethritis worden bij voorkeur verwezen naar de huisarts in verband met het vermoeden van een UWI.

Laboratoriumdiagnostiek

- NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae* uit vagina, en NAAT *Trichomonas* bij klinische verdenking (riekende afscheiding/ erythematuze vulva).
- Overweeg urinestick. Indien nitrietpositief: verdenking op UWI. Verwijs naar huisarts (wel inzetten soa-diagnostiek).

7.2.2 Urethritis bij de man

Er wordt etiologisch onderscheid gemaakt tussen een gonorroïsche urethritis (GU), veroorzaakt door *Neisseria gonorrhoeae* (Ng), en een niet-gonorroïsche urethritis (NGU). De meest voorkomende andere pathogenen bij NGU zijn *Chlamydia trachomatis* (Ct), *Mycoplasma genitalium* (Mg) en *Trichomonas*

vaginalis (Tv). De literatuur vermeldt tevens andere verwekkers zoals *Ureaplasma* spp., adenovirussen en herpes simplexvirus, maar voor deze verwekkers is het bewijs onvoldoende. Als er geen specifieke verwekker wordt gevonden, spreekt men over een non-specifieke urethritis (NSU).

De diagnose urethritis wordt gesteld op basis van klachten en klinische verschijnselen:

- dysurie, irritatie van de urethra en/of jeuk bij de meatus;
en
- afscheiding uit de urethra of leukocyturie in de eerstestreeks urine.

Klinisch beeld

- dysurie;
- irritatie van de urethra;
- jeuk bij de meatus en/of ter hoogte van de plasbuis;
- urethraal écoulement.

Anamnese

Vraag naar het begin, de aard, de duur en het beloop van de klachten. Hoeveel tijd zit er tussen een eventueel onveilig seksueel contact en het begin van de klachten? Zijn er nog seksuele contacten geweest na ontstaan van de klachten? Heeft de cliënt een partnernotificatie gekregen voor een soa? Is er sprake van bijkomende klachten zoals een rood oog of klachten die passen bij artritis?

Speciële anamnesevragen:

- Is er afscheiding vanuit de urethra? Is deze purulent of mucoïd?
- Is er dysurie?
- Is er jeuk of irritatie van de urethra of meatus?
- Zijn er zichtbare huidafwijkingen?
- Zijn er andere mictieklachten, zoals vaker plassen of hematurie? (Indicatie voor verwijzing naar huisarts/uroloog.)
- Is er pijn of zwelling van de bijbal?
- Zijn er oogklachten, zoals afscheiding uit het oog, jeuk of gevoel dat er iets in het oog zit?
- Zijn er gewrichtsklachten?
- Is er koorts? Zijn er koude rillingen of algemene ziekteverschijnselen?
- Zijn er bijkomende klachten die op een soa kunnen wijzen, bijvoorbeeld afscheiding uit de anus?
- Heeft de cliënt eerder dezelfde klachten gehad?
- Heeft de cliënt al eerder medicatie gekregen voor de klachten en welke? Therapietrouw?

Lichamelijk onderzoek

- Inspecteer de gehele penis, inclusief schacht, glans penis en meatus urethrae.
- Is er afscheiding? Indien aanwezig: is deze purulent of mucoïd? Laat bij ontbreken van afscheiding de urethra leegstrijken of strijk zelf de urethra leeg.
- Is er sprake van een ulcus/ulcera of condylomata aan glans of preputium?
- Palpeer de regionale en inguinale lymfeklieren: zijn deze vergroot of pijnlijk? (Niet-pijnlijke vergrote lymfeklieren kunnen passen bij lues.)
- Onderzoek testis en scrotum: verdenking epididymitis?
- Zijn er gezwollen gewrichten?

Differentiaaldiagnose

- *N. gonorrhoeae* urethritis;
- *Chlamydia trachomatis* urethritis;
- *Mycoplasma genitalium* urethritis;
- *Ureaplasma*;
- *Trichomonas vaginalis*;
- adenovirussen;
- *Candida* urethritis;
- herpessimplexvirus;
- *E. Coli*;
- niet-infectieus, mechanisch, irritatief;
- balanitis;
- ideopatisch;
- sexually acquired reactive arthritis (SARA).

Diagnostiek op CSG

- Indien mogelijk: microscopie van écoulement.

Laboratoriumdiagnostiek

- Minimaal urine NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae*.
- Indien mogelijk: grampreparaat van écoulement of kweek uit urethra.
- Bij oogklachten: NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae*.
- Eventueel (via huisarts) diagnostiek voor Tv en Mg (na uitsluiting of behandeling van Ct/Go en aanhoudende klachten gedurende 4 weken (zie deeldraaiboek 6)).

Beleid en behandeling

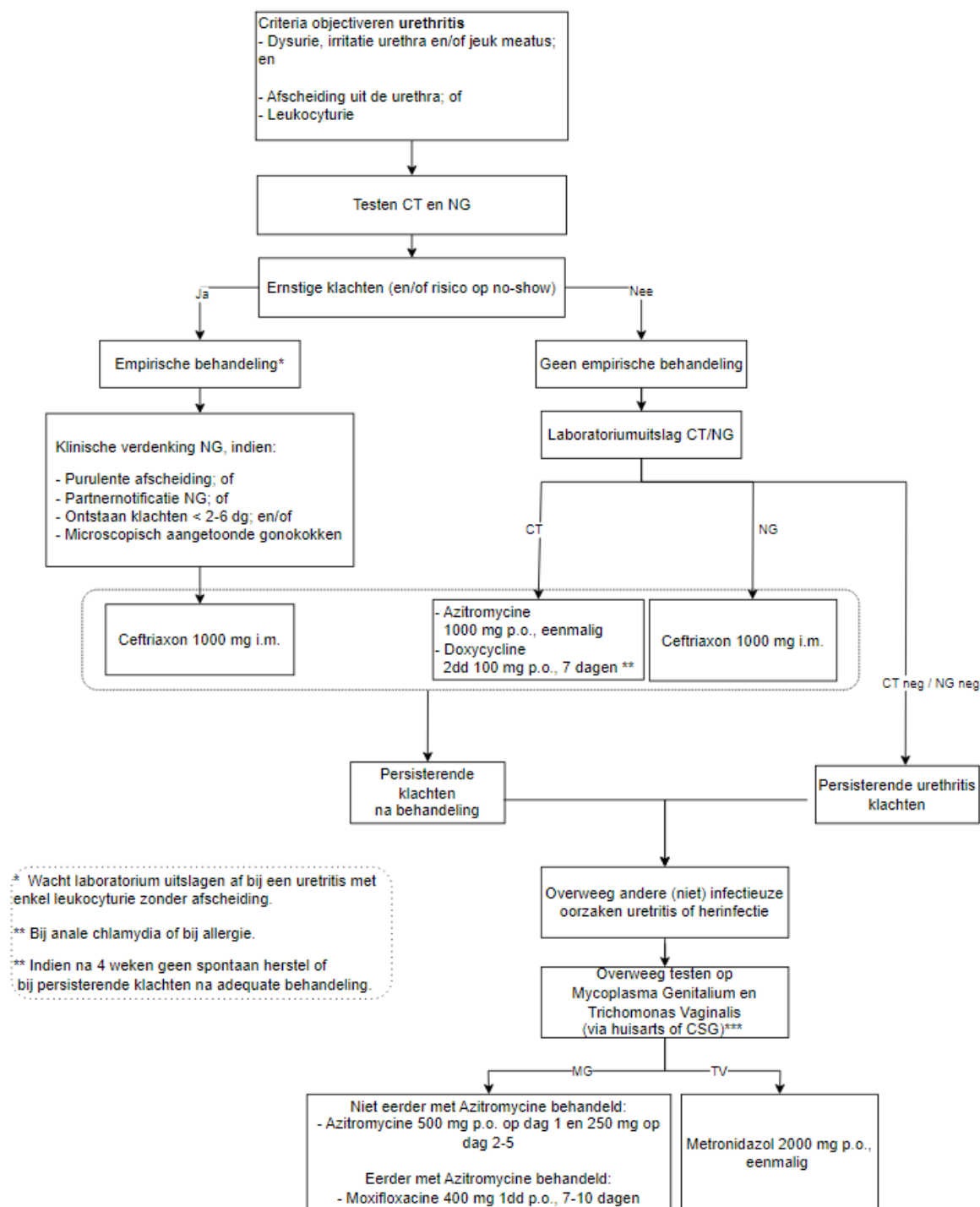
Zie ook figuur 7.1.

Algemene adviezen:

- Geen seksueel contact 7 dagen na behandeling en niet masturberen en/of 'milken' (handmatig de penis stimuleren om te beoordelen of er nog afscheiding aanwezig is).
- Partnernotificatie is afhankelijk van de microbiologisch vastgestelde verwekker.
- Indien geen verwekker is gevonden of laboratoriumuitslagen niet voorhanden zijn dan geen partnernotificatie.
- Wacht bij voorkeur de uitslag van aanvullend onderzoek af. Indien negatief voor chlamydia en gonorroe dan expectatief beleid gedurende 4 weken. Indien de uretritisklachten >4 weken persisteren, test dan door op *Mycoplasma genitalium* en/of *Trichomonas vaginalis* op het CSG of via de huisarts. Overweeg eerdere doorverwijzing naar de huisarts bij hevige uretritisklachten en negatieve chlamydia- en gonorroe-uitslag.
- Behandel op basis van de bevindingen als vanwege de ernst van de klachten of andere reden de uitslag niet afgewacht kan worden.

Bij het ontbreken van een diagnose heeft een expectatief beleid de voorkeur. Laboratoriumuitslagen worden afgewacht. Geef géén blinde behandeling bij een enkel geobjectiveerde urethritis op basis van een positieve urinedipstick met leukocyturie. Blinde behandeling voor gonorroe is wel mogelijk; zie hieronder de voorwaarden. Cliënt mag contact opnemen bij progressie van klachten. Geef het advies om (morning) milken te stoppen.

Figuur 7.1 Flowchart voor geobjectiveerde urethritis.



Blinde gonorroë-behandeling:

- In geval van purulente afscheiding **of** contact met een sekspartner met een bewezen Ng of klachten die ontstaan zijn 2-6 dagen na het sekscontact **en/of** man met microscopisch aangetoonde gonokokken:
 - o Ceftriaxon 1000 mg i.m.
 - o Neem kweken af vóór behandeling in het kader van GRAS (gonokokkenresistentie tegen antibiotica-surveillance).

Aanvullend beleid verwijzingen naar specialist:

- Ernstige conjunctivitis (verdenking gonorroe) → stem af, overleg met oogarts, en zo nodig verwijzen.
- Acute gewrichtsklachten → reumatoloog (eventueel via huisarts).

Controle

- Spreek af waar cliënt zich meldt bij aanhoudende klachten na behandeling (GGD of huisarts).

Bij aanhoudende klachten na behandeling

- Vraag na of er sprake kan zijn van een nieuwe infectie.
- Vraag therapietrouw na.
- Vraag of er sprake kan zijn van herinfectie door een onbehandelde partner.
- Vraag naar mechanische oorzaken zoals morning milken, frequent masturberen en trauma.
- Chronisch bekkenpijnsyndroom?
- Zonder diagnose is partnernotificatie niet geïndiceerd. Zie het [LCI-draaiboek Partnermanagement](#).
- Vangnet bespreken, bij verergering van de klachten of aanhoudende klachten naar huisarts.
- Nodig uit op het CSG of verwijs naar huisarts voor NAAT *Trichomonas vaginalis* en *Mycoplasma genitalium* in geval van klachten die 4 weken of langer aanhouden. Belangrijk om hierbij te vermelden is dat er momenteel veel resistentie is van *Mycoplasma genitalium* tegen azitromycine. Overweeg een verwijzing naar de huisarts voor een PCR azitromycineresistentiebepaling; er zijn enkele laboratoria die dit uitvoeren. Zie ook de [MDR soa's](#).

7.2.3 Ulceratieve klachten in (oro-/ano)genitaal gebied

Klinisch beeld

- ulcera;
- defecten;
- erosies;
- rhagaden;
- algehele malaise;
- prodromale verschijnselen (jeuk, tintelingen, branderige sensatie).

Lichamelijk onderzoek

- Man: inspecteer liezen, scrotum, anus en penis, mond.
- Vrouw: inspecteer mond, liezen, vulva, labia, introïtus en anus.
- Palpeer regionale lymfeklieren.
- Beoordeel ulcus: pijnlijkheid, induratie, beslag, rand, grootte, solitair/multipel.

Differentiaaldiagnose

- herpes genitalis;
- lues I;
- lymphogranuloma venereum;
- chancroïd (*Haemophilus ducreyi*);
- niet-venerische oorzaken (molluscum contagiosum, hand-voet-mondziekte);
- granuloma inguinale;
- mpox.

Diagnostiek op CSG

- Indien mogelijk: donkerveldmicroscopie.
- Indien mogelijk: spoed-screeningstest of VDRL/RPR (sneltest) op syfilis.

Laboratoriumdiagnostiek

- Lues- en hiv-serologie.
- Indien mogelijk: NAAT-lues van de aangedane huid.
- NAAT HSV van de aangedane huid.
- NAAT LGV uit ulcusbodern.
- NAAT mpox van de aangedane huid, indien passend klinisch beeld van mpox. In situatie dat andere diagnoses zijn uitgesloten, heroverweeg NAAT mpox. Zie ook [LCI-richtlijn Mpox](#) voor testindicaties.
- Overweeg grampreparaat uit ulcus als er een donkerveldonderzoek is gedaan en dit geen spirocheten toont en bij negatieve VDRL/RPR (chancroïd).
- Indien mogelijk: overweeg banale kweek van aangedane huid.
- Herhaal luesserologie 4-wekelijks tot de windowfase voorbij is.

Beleid en behandeling

Bij positieve donkerveldmicroscopie of positieve spoed-VDRL/RPR of sterke klinische verdenking op syfilis (bij hoog risicogedrag):

- Benzathinebenzylpenicilline 2,4 miljoen IE in lidocaïne i.m. éénmalig.
- Bij een bevestigde syfilis: bespreek met cliënt de mogelijkheid om de eigen huisarts in te lichten.

Bij klinische verdenking op HSV binnen 5 dagen na start van symptomen:

- Bij primaire infectie: valaciclovir 500 mg 2 dd p.o. 5(-10) dagen en eventueel lidocaïne 5% in ZOK-zalf lokaal of vaseline-lidocaïne crème (conform internationale richtlijnen).
- Bij recidief: valaciclovir 500 mg 2 dd p.o. 3-5 dagen en eventueel ondersteunende topicale behandeling met lidocaïne.
- Bij immuun-incompetentie bij een primaire infectie: valaciclovir 1000 mg 2 dd p.o. gedurende 10 of tot re-epithelialisatie van de laesies.

Bij zwangerschap:

- Adviseer om de begeleidende verloskundige/gynaecoloog op de hoogte te brengen.
- Bij primaire infectie: aciclovir 400 mg p.o. 3 dd gedurende 5 dagen; of: valaciclovir 500 mg p.o. 2 dd gedurende 5 dagen. Overweeg in de laatste 4 weken van de zwangerschap aciclovir 400 mg 3 dd p.o.
- Bij recidiverende infectie, onafhankelijk van amenorroeduur: in principe geen antivirale behandeling, alleen ondersteunend. Overweeg in de laatste 4 weken van de zwangerschap suppressieve therapie met aciclovir 400 mg p.o. 3 dd.

Overige behandeling:

- Op geleide van uitslag diagnostiek.

Zie ook de [MDR soa's](#).

7.2.4 Fluor vaginalis en vaginitisklachten

Klinisch beeld

- fluor afwijkend voor cliënte wat betreft hoeveelheid, samenstelling, kleur of geur;
- jeuk of irritatie in en/of rond de vagina;
- met of zonder dyspareunie;
- met of zonder vaginaal bloedverlies (contactbloedingen of spotting).

Vraag naar geneesmiddelen (zoals immunosuppressiva, antibiotica en hormonen zoals de pil) en gebruik van vaginale zelfzorg middelen en speeltjes. Informeer ook naar evt. relationele en seksuele problemen (m.n. opwinding en lubricatie).

Lichamelijk onderzoek

- Inspecteer vulva en perineum.
- Palpeer regionale lymfeklieren.
- Speculumonderzoek: kleur en aspect vaginawand, kleur en consistentie fluor* (homogeen, brokkelig, luchtbellen), portio (aspect, bloed en uitvloed).
- Bij verdenking op opstijgende infectie: abdominaal onderzoek en vaginaal toucher bij verdenking op opstijgende infectie.

Diagnostiek op CSG

- Indien mogelijk: pH-test*: doop een pH-strip in de fluor op het onderste speculumblad. Een pH tussen 4,0 en 4,5 is normaal. Cave: zaadvocht en menstratiebloed kunnen de pH doen stijgen.
- Indien mogelijk: aminetest*: Gebruik twee objectglaasjes. Gebruik fluor van het onderste speculumblad. Laat op een glaasje een druppel fysiologische zoutoplossing en op het andere glaasje een druppel 10%-KOH-oplossing. Test is positief als een aminelucht vrijkomt. Indien mogelijk microscopisch onderzoek van het fysiologisch zoutpreparaat:
 - o clue cells* (epitheelcellen bezet met bacteriën, mogelijk wijzend op een bacteriële vaginose);
 - o leukocyten (tel of er meer te zien zijn dan epitheelcellen, dit maakt een infectie (niet nader gespecificeerd) meer waarschijnlijk);
 - o trichomonaden.
- Indien mogelijk: microscopisch onderzoek met KOH-preparaat: pseudohyfen (gistdraden met een takstructuur, wijzend op een candida-infectie).

*Amselcriteria:

- dunne, homogene grijswitte fluor;
- pH van de fluor >4,5;
- positieve aminetest;
- clue cells in het fysiologisch zoutpreparaat.

De diagnose bacteriële vaginose wordt gesteld als ten minste drie van de vier Amselcriteria positief zijn. Bij twee positieve criteria is de diagnose bacteriële vaginose onzeker.

Laboratoriumdiagnostiek

- Vaginale NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae*.
- Overweeg vaginale NAAT *Trichomonas vaginalis* bij geelgroene schuimende fluor en een rode vaginawand.
- Overweeg laboratoriumonderzoek (grampreparaat) van een aan de lucht gedroogd fluorpreparaat (ook wel bekend als Nugentscore). Dit is

een score gebaseerd op de telling van micro-organismen in een grampreparaat. Zie [MDR soa's](#), deel B2, bijlage Onderzoek van fluor.

Evaluatie en differentiaaldiagnose

Zie tabel 7.1.

Tabel 7.1 Klinische kenmerken bij vrouwen met vaginose/vaginitis: interpretatie van diagnostiek.

Anamnese	Lichamelijk onderzoek	Diagnostiek	Differentiaaldiagnose
wisselende hoeveelheid en consistentie fluor, soms jeuk of irritatie	normale bevindingen	Amselcriteria <3	fysiologisch
kort bestaande jeuk of irritatie, vaak overvloedige fluor	witte, niet-riekende, soms brokkelige fluor, soms rode vulva of vaginawand	KOH-preparaat: pseudohyfen, evt. positieve gistkweek	candidiasis
onaangenaam ruikende fluor	dunne, homogene fluor, soms rottevisgeur, geen ontstekingsverschijnselen	Amselcriteria ≥3	bacteriële vaginose
jeuk en irritatie, soms onaangenaam ruikende fluor	geelgroene en soms schuimende fluor, rode vaginawand en soms cervix met aardbei-aspect	KOH-preparaat: trichomonaden, leukocytose of positieve NAAT/PCR of positieve kweek	trichomoniasis

Denk verder aan:

- gelokaliseerde provoked vulvodynie;
- mechanische, chemische of allergische prikkeling;
- relationele of seksuele problemen.

Differentiaaldiagnose

- candidiasis;
- bacteriële vaginose;
- trichomoniasis;
- chlamydia;
- gonorroe.

Beleid algemeen

- Leg uit dat er natuurlijke variatie is in de hoeveelheid en samenstelling van afscheiding.
- Bespreek dat geneesmiddelgebruik en zelfzorg zoals vaginale douches, zeep en zaaddodende middelen de afscheiding negatief kunnen beïnvloeden.
- Geef hygiëneadvies: uitwendig reinigen met water is voldoende.
- Bij inwendige behandeling: leg uit dat condooms en pessaria onbetrouwbaar zijn tot 3 dagen na stopzetten van de behandeling.
- Er is geen bewijs voor een relatie tussen fluorklachten en het dragen van strakke broeken, inlegkruisjes of synthetisch ondergoed.
- Bij tussentijds vaginaal bloedverlies en/of contactbloedingen en soa's negatief: verwijs cliënt naar de huisarts (voor eventueel een uitstrijkje).

Beleid bij candidiasis

- Leg uit dat veel vrouwen (15-20%) een candida-infectie hebben, maar hier doorgaans geen klachten van ervaren.
- Leg uit dat het een onschuldige infectie is die meestal vanzelf verdwijnt.
- Behandel ernstige of hardnekkige klachten.

Behandeling bij candidiasis

Vaginale behandeling:

- clotrimazol 200 mg vaginaaltablet 3 dagen achtereenvolgend voor het slapen gaan diep vaginaal inbrengen (heeft voldoende vaginaal vocht nodig om geheel op te lossen).

Alternatieve vaginale behandeling:

- clotrimazol 500 mg vaginaaltablet, vaginaalcrème 100 mg/g, beide eenmalig gebruik (eenmalige behandeling wordt niet vergoed);
- clotrimazolcrème (10 of 20 mg/g), 1 applicatorvulling 's avonds voor het slapengaan diep vaginaal inbrengen.

Orale behandeling:

- fluconazol 150 mg eenmalig p.o.

Bij uitwendige jeuk:

- Eventueel tevens crème voor uitwendig gebruik: miconazolcrème (20 mg/g) of clotrimazolcrème (10 mg/g) 2 dd dun aanbrengen tot de klachten over zijn.

Bij zwangeren:

- Geef een lokale behandeling met miconazol of clotrimazol.

Bij ernstige vulvovaginale candidiasis (uitgebreid erytheem, oedeem, krabbeffecten of fissuren):

- Overweeg een langere behandeling (7-14 dagen) met clotrimazolcrème (10 mg/g) of miconazolcrème voor vaginaal gebruik, voor slapen gaan 1 applicatorvulling (5 g) diep vaginaal inbrengen.

Beleid bij klinische diagnose bacteriële vaginose

- Geef uitleg over verstoring van het natuurlijk evenwicht in de vagina; bepaalde bacteriën die normaal in de vagina thuishoren gaan overheersen.
- Leg uit dat het geen infectie of besmetting is en dat de klachten meestal weer vanzelf verdwijnen.
- Behandel hinderlijke of ernstige klachten direct.
- Dikwijls wordt het microbioom verstoord door een chlamydia- of gonorrroe-infectie. Als gevolg hiervan kan dan een bacteriële vaginose ontstaan. Laat cliënt eerst de soa-test afwachten. Als deze negatief is, of de Ct/Go is behandeld en er zijn nog steeds klachten, dan pas eventueel behandelen.

Behandeling bij bacteriële vaginose

Eerste keus bij niet-zwangeren (vaginaal):

- metronidazol 500 mg, 1 ovule per dag, 7 dagen.

Alternatieve orale behandeling:

- metronidazol 500 mg tablet, 2 dd 1 tablet, 7 dagen; of
- metronidazol 500 mg tablet, eenmalig 4 tabletten.

Alternatieve vaginale behandeling:

- clindamycinecrème voor vaginaal gebruik (20 mg/g), 's avonds voor slapen gaan 1 applicatorvulling (5 g) diep vaginaal, gedurende 7 dagen.

Bij zwangeren:

- clindamycinecrème voor vaginaal gebruik (20 mg/g) 's avonds voor slapen gaan 1 applicatorvulling (5 g) diep vaginaal inbrengen gedurende 7 dagen) (lage absorptie); of
- metronidazol oraal (eenmalig 2 g) of vaginaal (500 mg ovule 1 dd 1, 's avonds voor slapen gaan diep vaginaal inbrengen gedurende 7 dagen).

Beleid bij trichomoniasis

- Leg uit dat besmetting plaatsvindt door seksueel contact en dat niet iedereen klachten krijgt.
- Bespreek partnernotificatie.

Behandeling bij trichomoniasis

- metronidazol 500 mg tablet p.o. 2 dd 1 tablet gedurende 7 dagen.

Behandeling bij zwangerschap:

- Indien behandeling van trichomoniasis geïndiceerd is: metronidazol 2000 mg p.o., eenmalig.

Bij vaginaal bloedverlies zonder soa en bij cervixafwijkingen:

- Adviseer nadere diagnostiek door de huisarts. Bespreek dit al bij het eerste consult.

7.2.5 Proctitis

Klinisch beeld

- anale jeuk of pijn;
- (muco)purulente/bloederige afscheiding uit anus;
- tenesmi;
- obstipatie;
- loze aandrang, rectaal vol gevoel;
- bij ontsteking hogerop (proctocolitis): diarree, buikpijn, misselijkheid, braken, algemene malaise, gewichtsverlies.

Lichamelijk onderzoek

- Palpeer buik/liezen.
- Meet de temperatuur.
- Inspecteer anus uitwendig op perianaal oedeem en zweren.
- Beoordeel proctum slijmvlies met behulp van proctoscopie op roodheid, afscheiding, ulceraties, fissuren, bloed en condylomata.
- Rectaal toucher, let op abnormale weerstanden, slijmvlieshiaten, sfinctertonus, en bloed, pus of slijm aan de handschoen.

Differentiaaldiagnose

- *N. gonorrhoeae*;
- *Chlamydia trachomatis*/lymphogranuloma venereum (LGV);
- herpes simplexvirus (HSV);
- lues I;
- mpox;
- shigellose (vaak gepaard met proctocolitis);
- niet-venerische proctitis (candidiasis, crohn, colitis ulcerosa, hemorroïden, fissura, etc.);
- mechanisch/irritatie (traumatische beschadiging): receptieve anorectale seks, ruwe sekstechnieken (fisting), anale speeltjes, anale spoelingen en/of klysma's en seksueel geweld.

Laboratoriumdiagnostiek

- Minimaal:
 - o NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae* en HSV uit proctum.
 - o Overweeg NAAT HSV uit proctum, ook bij afwezigheid van zichtbare huidafwijkingen.
 - o Overweeg mpox uit proctum. In de situatie dat andere diagnoses zijn uitgesloten, heroverweeg mpox uit proctum. Zie ook de [LCI-richtlijn Mpox](#) voor testindicaties.
- Ulcera en erosies: NAAT HSV (leisionaal) en NAAT-lues uit proctum (zie § 7.2.3).
- Overweeg microscopie.
- Overweeg feceskweek op *Shigella* bij proctitisklachten in combinatie met diarree.

Beleid en behandeling

Bij een sterke verdenking op symptomatische chlamydia/LGV-proctitis (eventueel in combinatie met microscopische leukocytose zonder diplokokken uit proctum):

- Doxycycline 100 mg p.o. 2 dd gedurende 7 dagen.
Bij verdenking op LGV en als de testuitslag meer dan 1 week duurt: overweeg direct kuur doxycycline voor 21 dagen.
Indien de NAAT Ct/LGV negatief is, staak dan de behandeling na 7 dagen.
- Azitromycine 1000 mg p.o. eenmalig (bij overgevoeligheid voor doxycycline).

Indien LGV-infectie aangetoond:

- Controleer bij persisterende klachten na behandeling bij aangetoonde LGV nogmaals op Ct/LGV minimaal 3 weken na einde behandeling.
- Partnermanagement LGV: zie [LCI-draaiboek Partnermanagement](#).

Bij verdenking op symptomatische gonorroe:

- Bij microscopisch aangetoonde diplokokken: ceftriaxon 500 mg i.m.

Bij klinische verdenking op HSV-proctitis:

- Valaciclovir 500 mg p.o. 2 dd gedurende 5 dagen; en lidocaïne 5% in ZOK-zalf FNA lokaal uitwendig.
- Bij aanhouden klachten: verwijs naar huisarts voor verder beleid.

Follow-up

Bij persisterende klachten na behandeling en LGV is uitgesloten: ga eerst na of er sprake kan zijn van een herinfectie. Zo niet, verwijst door naar huisarts voor verder onderzoek.

7.2.6 Balanitis

Klinisch beeld

- ontstekingen van de glans penis en/of binnenblad van preputium;
- jeuk;
- branderigheid;
- pijn.

Wanneer er ulcera zijn, moet tevens gekeken worden naar het syndroom ulceratieve klachten.

Lichamelijk onderzoek

- Bij acute balanitis: inspecteer glans en preputium op erytheem, zwelling, erosies, (pussende) afscheiding, foetor en phimosis.
- Bij chronische balanitis: inspecteer glans en preputium op erytheem, papels, schilfering, erosies, rhagaden en phimosis.
- Bij anaerobe infectie: inspecteer glans en preputium op preputiaal oedeem en superficiële erosies.
- Bij aerobe infectie: inspecteer glans en preputium op inflammatie en erytheem met/zonder oedeem.
- Palpeer regionale lymfeklieren.

Differentiaaldiagnose

- Acut:
 - o *Candida albicans* (of andere *Candida* spp.);
 - o soa: *Chlamydia trachomatis*, syfilis en herpes;
 - o *Gardnerella vaginalis*;
 - o scabiës (meestal jeukende papel(s));
 - o infectie met groep A-/groep B-streptokokken;
 - o niet-infectieuze oorzaak: trauma, irritatie en/of allergische reactie op stoffen (bijvoorbeeld podofyllotoxine, deodorant, spermicide, genotverhogende stoffen, etc.).
- Chronisch:
 - o vaak geen specifieke oorzaak;
 - o bij diabetes mellitus of andere chronische aandoening met immuunsuppressie wel meer risico op infectieuze oorzaak;
 - o balanitis simplex, circinata en plasmocellularis;
 - o dermatologisch: balanitis circinata, eczeem, irritatief, atopisch, contactallergisch, medicamenteus, psoriasis, balanitis van Zoon, neoplasia, infecties (candidiasis, aerobe en anaerobe infecties, herpes, *M. genitalium*, HPV), lichen sclerosus, syfilis, scabiës, etc.

Aanvullend onderzoek

- Soa-diagnostiek.
- Indien mogelijk: overweeg KOH-microscopie op *Candida*/hyfen.
- Indien mogelijk: overweeg banale kweek bij verdenking op aerobe/anaerobe infectieuze oorzaak.
- Overweeg NAAT HSV/lues van aangedane huid (zie § 7.2.3).

Bij een acute balanitis met pus en/of erosieve/ulceratieve huidlaesies is het belangrijk om ook de andere soa's uit te sluiten.

Beleid en behandeling

Bij een vermoeden dat de acute balanitis grotendeels door verminderde hygiëne veroorzaakt wordt: adviseer cliënt om zich te wassen met ruim lauw water of een NaCl-oplossing 0,9% en om geen zeep te gebruiken in het genitaal gebied.

Candida balanopostitis (meestal 'self-limiting'):

- Antimycotica lokaal, bijvoorbeeld miconazolcrème 2% 1-2 dd (met 1% hydrocortison bij inflammatie).
- Bij therapieresistente gevallen en bij patiënten met diabetes kan een antimycoticum p.o. overwogen worden, bijvoorbeeld fluconazol 150 mg p.o. eenmalig.
- Bij patiënten met frequent recidieven en een vrouwelijke partner kan er sprake zijn van een pingpongeffect. Overweeg om de vrouwelijke partner mee te behandelen of verwijs naar de huisarts. Bij het diagnosticeren van een soa(-gerelateerd syndroom) zijn er verschillende opties voor behandeling. Zij worden hieronder genoemd in volgorde van wenselijkheid.

Anaërobe balanopostitis (onwelriekend):

- Metronidazol 500 mg p.o. 2 dd gedurende 1 week (mildere gevallen kunnen ook op lokaal metronidazol reageren).
- Amoxicilline/clavulaanzuur 500/125 mg p.o. 3 dd gedurende 1 week.
- Clindamycinecrème 2% vaginaalcrème 2 dd tot klachten zijn verdwenen.

Aërobe balanopostitis:

- Bij milde gevallen kan volstaan worden met lokale therapie: fusidinezuur 2% crème 3 dd gedurende 1 week;
- Flucloxacilline 500 mg p.o. 4 dd gedurende 1 week;
- Claritromycine 500 mg SR p.o., 1 dd gedurende 1 week;
- Amoxicilline/clavulaanzuur 500/125 mg 3 dd gedurende 1 week;
- of een alternatief op basis van de kweekuitslagen.

Bij verdenking op een overige niet-soa-gerelateerde oorzaak: verwijzen naar de huisarts voor verdere beoordeling en eventueel verwijzing, meestal naar de dermatoloog.

7.2.7 Overige (ano)genitale huidafwijkingen

Klinisch beeld

- papels;
- pustulae;
- plaques;
- crustae;
- nod(ul)i;
- krabeffecten.

Lichamelijk onderzoek

- Palpeer regionale lymfeklieren.
- Inspecteer (ano)genitale huid en mucosa op onregelmatigheden.
- Inspecteer zo nodig handen en polsen op zoek naar gangetjes en krabeffecten.

Differentiaaldiagnose

- condylomata acuminata;
- mollusca contagiosa;
- andere dermatologische afwijkingen (skintags, folliculitis, epidermale cysten, eczeem, etc.);
- condylomata lata;
- scabiës.

Diagnostiek op CSG

Bij verdenking op condylomata lata:

- Indien mogelijk: donkerveldmicroscopie.
- Indien mogelijk: spoed-VDRL/RPR.
- NB. Condylomata lata moet altijd door lab bevestigd worden. Deze diagnose kan niet gesteld worden op enkel klinisch beeld.
- Handelen volgens [LCI-richtlijn Syfilis](#).

Bij verdenking op scabiës:

- Indien mogelijk: dermatoscopisch onderzoek naar gangetjes en deltasign;
- Indien mogelijk: KOH-20%-microscopie; zoek naar eitjes en mijten.

Laboratoriumdiagnostiek

- Overweeg serologische screening lues.

Beleid en behandeling

Bij diagnose condylomata acuminata:

- podofyllotoxine (crème 0,15%, vloeistof 0,5%) 2 dd gedurende 3 achtereenvolgende dagen per week, maximaal 5 opeenvolgende weken; of:
- imiquimodcrème 5% driemaal per week om de dag (bijv. maandag, woensdag, vrijdag), maximaal 16 opeenvolgende weken; of:
- sinecathechins 10% zalf 3 dd, maximaal 16 opeenvolgende weken.

Bij diagnose mollusca contagiosa:

- Wacht natuurlijk beloop af. Ze verdwijnen gemiddeld na 4 tot 12 maanden.
- Bij wens voor behandeling: verwijs naar de huisarts voor verder beleid.

Bij diagnose scabiës (aangetoonde mijten of eitjes):

- Zie [LCI-richtlijn Scabiës](#).
- Overleg met GGD-afdeling infectieziektebestrijding, met name bij mogelijke scabiësuitbraak in instelling.
- Scabiësbeleid op CSG afstemmen met GGD-afdeling infectieziektebestrijding.

Bij niet-soa-gerelateerde oorzaken:

- Verwijs indien nodig naar huisarts voor verdere beoordeling.

7.2.8 Pelvic inflammatory disease (PID)

Volgens de triage zouden op het CSG geen cliënten met een PID moeten komen. PID wordt in het onderstaande wel besproken, omdat het klachtenbeeld gerelateerd kan zijn aan een soa en de consequenties ernstig kunnen zijn.

Definitie

Pelvic inflammatory disease (PID) is een ontsteking in het kleine bekken ten gevolge van verspreiding van micro-organismen doorgaans vanuit de vagina en de cervix naar het endometrium, de tubae en aangrenzende structuren.

Klinisch beeld en diagnostische criteria

PID kan zowel asymptomatisch, mild met subtiele symptomen, als zeer ernstig verlopen. Omdat een PID sluimerend kan verlopen, kan de diagnose worden gemist. De consequentie van een gemiste diagnose is groot. Daarom is de drempel voor het stellen van de diagnose laag. Overweeg de diagnose PID bij:

- pijn onder in de buik (bilateraal bij lopen)
in combinatie met minstens een van de volgende symptomen:
 - o malaise en/of koorts (temperatuur >38 °C);
 - o fluorklachten;
 - o abnormale vaginale bloedingen (intermenstrueel en/of postcoïtaal) ten gevolge van cervicitis/endometritis;
 - o diepe dyspareunie.

Lichamelijk onderzoek

- Beoordeel de mate van ziek zijn.
- Meet de temperatuur.
- Palpeer het abdomen: drukpijn, loslaatpijn, défense musculaire en lokalisatie hiervan.
- Verricht speculumonderzoek (indien dit wordt toegelaten): purulente afscheiding uit de cervix, roodheid portio.
- Verricht een vaginaal toucher (indien dit wordt toegelaten): opdrukpijn, slingerpijn, pijnlijke adnexen en zwellingen van de adnexen.

Differentiaaldiagnose

- extra-uteriene graviditeit (EUG);
- appendicitis;
- endometriose;
- ruptuur of torsie van een ovarium cyste;
- torsie adnextumor;
- necrotiserend myoom;
- ovulatiepijn;
- geruptureerd of hemorragisch corpus luteum;
- dysmenorroe;
- gastro-intestinale aandoeningen;
- urineweginfectie;
- etc.

Aanvullend onderzoek

- altijd zwangerschapstest;
- verdere diagnostiek zoals bij fluorklachten (zie § 7.2.4).

Laboratoriumdiagnostiek

- NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae* van cervixuitstrijk of vaginale uitstrijk. Cervixuitstrijk heeft de voorkeur indien speculumonderzoek wordt getolereerd.
- Kweek *N. gonorrhoeae* bij aanwijzingen voor gonorroe en/of start ceftriaxon.

Diagnose

- Op basis van anamnestiche en klinische bevindingen.
- Laboratoriumdiagnostiek is niet bewijzend voor de aanwezigheid of afwezigheid van PID.

Beleid en behandeling

Het is wenselijk om bij een verdenking op PID direct een antibiotische behandeling in te stellen om complicaties te voorkomen, alvorens aanvullend onderzoek bekend is.

Milde vorm; aanbevolen poliklinische orale en i.m. behandeling:

- levofloxacin 500 mg 1 dd p.o. gedurende 14 dagen; en;
- metronidazol 500 mg p.o. 2 dd gedurende 14 dagen; en;
- ceftriaxon 500 mg i.m. eenmalig (indien gonorroe is uitgesloten hoeft dit niet gegeven).

Overleg met of verwijzing naar gynaecoloog bij:

- ernstig algemeen ziek zijn, hoge of piekende koorts, of hevige buikpijn;
- immuungecompromitteerde personen;
- een positieve zwangerschapstest i.v.m. uitsluiten EUG;
- bekende zwangerschap;
- twijfel over de diagnose.

Informeer de huisarts over de klinische diagnose en ingestelde behandeling.

Follow-up

- Evalueer de ingestelde behandeling na 2 tot 3 dagen (eventueel in samenwerking met huisarts).
- Verwijs bij onvoldoende effect van de behandeling naar specialist. Opname met verdere diagnostiek, parenterale behandeling en eventueel chirurgisch ingrijpen is dan geïndiceerd.
- Een negatieve soa-screening is geen reden om de behandeling te staken; een PID kan ook worden veroorzaakt door een andere verwekker waar niet op getest is.

7.2.9 Acute epididymitis

Volgens de triage zouden op het CSG geen cliënten met (acute) epididymitis moeten komen. Het klachtenbeeld kan gerelateerd zijn aan een soa en de consequenties kunnen ernstig zijn. De belangrijkste DD bij een acute epididymitis is een torsio testis.

NB: Omdat de differentiële diagnose ernstige, acute problemen bevat die direct handelen vereisen, moet een cliënt direct met spoed verwezen worden naar de huisarts.

Klinisch beeld

- (sub)acuut ontstane (unilateraal) pijnlijk scrotum;
- zwelling.

Mogelijke bijkomende klachten:

- dysurie;
- toegenomen mictiefrequente;
- koorts, algehele malaise;
- misselijkheid en braken;
- warm en glanzende huid van het scrotum.

Lichamelijk onderzoek

- Beoordeel de mate van ziek zijn.
- Meet de temperatuur.
- Inspecteer de schacht van de penis, de glans en de meatus urethrae.
- Inspecteer het scrotum, liefst in staande houding: symmetrie scrotum, huid (erytheem).
- Palpeer het scrotum en de testes (ligging, grootte, mate van zwelling, pijn en symmetrie, eventueel fluctuatie), onderscheid de epididymis van de test en beoordeel pijn en mate van zwelling.
- Onderzoek de liezen (zwelling, roodheid, lymfeklieren).
- Is er afscheiding uit de meatus? Indien aanwezig: is deze purulent of helder? Strijk bij ontbreken van afscheiding de urethra leeg of laat dit doen door de patiënt.

Differentiaaldiagnose

- torsio testis;
- testis infarctering (als gevolg van torsio testis);
- hernia inguinalis (liesbreuk);
- testis trauma;
- chronisch bekkenpijnsyndroom;
- varicocele;
- spermatocele;
- hydrocele;
- gerefereerde pijn (uretersteen);
- testistumor (vaste zwelling in de testis, pijn staat meestal niet op de voorgrond);
- familiale mediterrane koorts (FMF).

Diagnostiek op CSG

- Minimaal dipstick eerstestraals urine op nitriet en leukocyten.
- Indien mogelijk: microscopie van écoulement (grampreparaat en sediment).

Laboratoriumdiagnostiek

- NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae*.

NB: De [MDR soa's](#) adviseert bij elke patiënt met een verdenking op epididymitis een banale kweek met resistentiebepaling (middenstroom urine) of dipslide te verrichten. Deze diagnostiek is niet standaard beschikbaar binnen een CSG. Indien niet mogelijk verwijzing naar huisarts.

Beleid en behandeling

Indien hoge koorts, ernstig ziek, verdenking torsio testis of bij evaluatie geen verbetering van de klachten: directe verwijzing naar de uroloog.

(Sub)acut ontstane, eenzijdige klachten in het scrotum bij jongens/mannen onder de 18 jaar vormen aanleiding voor een spoedindicatie voor aanvullende diagnostiek om een torsio testis uit te sluiten. Overleg met en verwijzing naar de uroloog is dan dus noodzakelijk.

Bij (sub)acut ontstane, (toenemende) eenzijdige pijn en zwelling van de epididymis, en eventueel gezwollen testis wordt de diagnose acute epididymitis gesteld. De positie van de testis is normaal hierbij. Bij palpatie is de epididymis dik, vast en zeer gevoelig.

Bij een epididymitis is behandeling met een antibioticum geïndiceerd. De voorkeur gaat uit naar een behandeling met chinolonen omdat deze zowel werkzaam zijn bij een epididymitis op basis van een urineweginfectie als een epididymitis op basis van de meest voorkomende soa.

- Levofloxacin eenmaal daags 500 mg tablet gedurende 14 dagen, of ofloxacin tweemaal daags 400 mg tablet gedurende 14 dagen.
- Bij een grote kans op een simultane infectie met gonokokken (zoals bij MSM, urethrale purulente afscheiding, partnernotificatie) wordt hier tevens ceftriaxon 1000 mg eenmalig bij gegeven (indien niet beschikbaar: 500 mg).

Bij een contra-indicatie voor chinolonen:

- Bij een epididymitis waarschijnlijk op basis van een urineweginfectie (dit is waarschijnlijker bij positieve nitriettest, obstructieve mictieklachten en recente instrumentatie van de urinewegen): cotrimoxazol 2 dd 960 mg tablet, gedurende 14 dagen.
- Bij een epididymitis waarschijnlijk op basis van een soa (waarschijnlijker bij positieve nitriettest, obstructieve mictieklachten en recente instrumentatie van de urinewegen): doxycycline 2 dd 100 mg tablet, gedurende 14 dagen.
- Ook hierbij wordt laagdrempelig ceftriaxon 500 mg gegeven bij grote kans op simultane infectie met gonokokken.

Geef voorlichting over de aandoening en het te verwachten beloop (over het algemeen nemen de klachten af binnen 3 dagen en herstellen volledig na 2-4 weken).

- Mogelijk helpt ondersteunen of hoog leggen van het scrotum (suspensoir of als alternatief een strakke, ondersteunende, onderbroek) of lokaal koelen met koude kompressen (of ijsblokjes in een washandje) om de klachten te verlichten.
- Zo nodig kan paracetamol of een NSAID geadviseerd/voorgeschreven worden tegen de pijn.

Follow-up

- Follow-up is *altijd* geïndiceerd als de klachten toenemen of wanneer er binnen 72 uur geen verbetering wordt gezien.
- Adviseer de patiënt bij toenemend ziek zijn (forse toename pijn, hoge koorts, misselijkheid of braken) direct contact op te nemen met de huisarts of huisartsenpost.
- Informeer met toestemming van cliënt zijn huisarts.

Partnernotificatie

- Op geleide van microbiologische diagnostiek.
- Behandeling vindt volledig plaats op het CSG.
- Medicatie wordt meegegeven indien volledige behandeling op het CSG niet mogelijk is.
- Een recept wordt verstrekt indien medicatie op het CSG niet voorradig is.
- Een verwijzing is geïndiceerd omdat behandeling niet kan plaatsvinden op/via het CSG.

7.3 Behandeling op CSG

7.3.1 Wetgeving en aandachtspunten

In veel gevallen zal op het CSG zelf medicatie worden gegeven en door de cliënt worden ingenomen óf er wordt medicatie toegediend. Het heeft de voorkeur dat deze medicatie op voorraad is binnen de GGD. De uitzondering die in deze aan het CSG gegeven wordt, impliceert dat de voorschrijvend arts extra verantwoordelijkheden heeft om interacties en contra-indicaties van de medicatie uit te sluiten. Laagdrempelig overleg bij enige twijfel hierover met apotheker of behandelend arts is aangewezen.

In de [Geneesmiddelenwet](#) staat de volgende definitie van ter hand stellen: “het rechtstreeks verstrekken of doen bezorgen van een geneesmiddel aan de patiënt voor wie het geneesmiddel is bestemd.” In principe is het verboden om medicatie ter hand te stellen door een individuele arts. In de Geneesmiddelenwet, hoofdstuk 6, artikel 61 staat echter een uitzondering genoemd voor “daartoe bij ministeriële regeling aangewezen personen en instanties in de in de regeling bedoelde omstandigheden.” De instellingen die uitvoering geven aan de Subsidieregeling ASG (aanvullende seksuele gezondheid) vallen onder deze omstandigheden en mogen de voor de soa-bestrijding bestemde geneesmiddelen ter hand stellen. Dit houdt in dat een CSG geacht wordt kosteloos, en waar nodig anoniem, behandeling van een soa aan te bieden en dat de wet hierin voorziet met deze uitzondering op het verbod medicatie ter hand te stellen. Dit ter hand stellen van medicatie is in het belang van de soa-bestrijding. Het direct meegeven van medicatie is laagdrempeliger dan wanneer iemand zelf naar de apotheek moet.

Ten aanzien van het op voorraad hebben van medicatie dient het CSG aan wet- en regelgeving te voldoen. De details hiervan vallen buiten de reikwijdte van dit draaiboek.

Zorgvuldigheidseisen bij het verstrekken en toedienen van medicatie:

- Vraag medicatie-, zelfzorgmedicatie- en supplementgebruik en allergieën na. Controleer interacties en contra-indicaties (door arts).
- Vraag na of er sprake is van een zwangerschap/lactatie. Controleer contra-indicaties (door arts).
- Vraag of er sprake is van ernstige lever/nier/hartaandoening of andere chronische aandoeningen (door arts).
- Controleer de houdbaarheidsdatum van de te verstrekken medicatie.
- Controleer de juiste medicatie en dosering van de te verstrekken medicatie.

Informeer de cliënt over het voorgeschreven middel en waarschuw voor een mogelijke allergische reactie en bijwerkingen. Bespreek hoe te handelen bij het optreden van een allergische reactie en/of bijwerkingen.

Als de medische voorgeschiedenis onbekend is, vraag toestemming om contact op te nemen met de huisarts en/of apotheek.

7.3.2 Uitgifte/ter hand stellen van medicatie

Als een kuur van meerdere dagen nodig is voor de behandeling van de soa, kan deze behandeling niet volledig plaatsvinden op het CSG. Indien voorradig op het CSG wordt een volledige behandelingskuur aan de patiënt overhandigd. Het alternatief is een recept waarmee de patiënt naar de apotheek kan. Anonimiteit is dan niet geborgd. Hierbij gelden dezelfde zorgvuldigheidseisen zoals vermeld in § 7.3.1.

7.3.3 Medicatie op recept

Er zijn situaties waarbij de arts medicatie op recept uitschrijft. Hierbij gaat het om medicatie voor een infectie die niet binnen de ASG-regeling valt en waarvoor het klantvriendelijk is om een behandeling direct voor te schrijven. Denk hierbij aan medicatie voor een infectie passend binnen een soa-gerelateerd syndroom zoals candida of herpesinfectie. Ook anticonceptie en PrEP worden op recept voorgeschreven.

Als er een recept voorschreven wordt, is het van belang aan te geven dat afhalen van medicatie bij een apotheek betekent dat de anonimiteit van cliënt verdwijnt en dat hieraan kosten verbonden kunnen zijn. Het is mogelijk om de volledige kosten van de medicatie zelf te betalen waardoor de zorgverzekering niet betrokken wordt (hierdoor wordt vermelding van medicatie op communicatie vanuit de zorgverzekeraar voorkomen).

7.4 Aandachtspunten bij medicamenteuze behandeling

7.4.1 Voorafgaand antibioticagebruik

Een positieve NAAT *N. gonorrhoeae* of een symptomatische *Chlamydia trachomatis* hoeft niet behandeld te worden indien de cliënt in de 2 weken voorafgaand aan de test al is behandeld met eerste keuze antibiotica in minimaal de juiste dosis en er na antibioticagebruik geen nieuw risicomoment heeft plaatsgevonden. Dit heeft te maken met het feit dat de NAAT *Chlamydia trachomatis* 3-6 weken na behandeling positief kan blijven vanwege het detecteren van niet levend materiaal. Voor *N. gonorrhoeae* is deze termijn 2 weken. Dit geldt voor zowel de NAAT als de kweek.

Voorafgaand gebruik van antibiotica kan invloed hebben op diagnostiek. Zo kan de serologie van een vroeg incuberende syfilisinfectie vertraagd zijn en zelfs negatief blijven bij doxycycline (syphilis decapité). Zie voor meer informatie deeldraaiboek 5.

7.4.2 DoxyPrEP/PEP

Besteed speciaal aandacht aan het op eigen initiatief gebruik van doxycycline rondom onbeschermd seksueel contact. Vraag na of en hoe iemand doxycycline neemt als pre-expositieprofylaxe (doxyPrEP) of als postexpositieprofylaxe (doxyPEP).

Op het moment van schrijven van dit deeldraaiboek is er nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs om doxyPrEP/PEP te adviseren dan wel voor te schrijven. Wil iemand het toch gebruiken, verwijs dan naar de website van ManTotMan voor [algemene adviezen over gebruik](#).

7.4.3 Medicatie tijdens gebruik van antistolling

Het gebruik van antistollingsmedicatie kan een contra-indicatie vormen voor een intramusculaire behandeling met een antibioticum of vaccinatie. Het risico op een spierhematoom bij antistollingsmedicatie hangt mede af van het totale volume van de injectievloeistof en in hoeverre de spier goed kan worden afgedrukt na injectie. Ook maakt het uit welke antistollingsmedicatie wordt gebruikt. Hierbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen intramusculaire injectie met een volume <1 ml of ≥ 1 ml. Toediening van antibiotica overschrijdt de grens van 1 ml ruim en afdrucken bij een i.m. injectie in de bil is niet goed mogelijk. Het valt te overwegen om de i.m. injectie in het

buitenkwadrant van de bovenbeenspier te zetten. Dit is de tweedekeuslocatie als een injectie in de bilspier niet mogelijk is, bijvoorbeeld als de persoon cosmetische bilimplantaten heeft. Afhankelijk van de anatomie van de persoon is het soms makkelijker om de bovenbeenspier goed af te drukken in vergelijking met de bilspier.

Tabel 7.2 Relevante antistolling en veelgebruikte medicaties/injecties (bronnen: NIV 2021, NECF 2023, Farmacotherapeutisch Kompas).

Middel / medicijn antistolling	Intramusculaire injectie ≤1 ml o.a. vaccin (=laag bloedingsrisico) *	Intramusculaire injectie ≥1 ml o.a. antibiotica (=intermediair bloedingsrisico)	Miconazol (oraal, vaginaal en cutaan)	Antibiotica
TAR	Minstens 2 minuten stevig afdrukken op vaccinatieplaats (zonder wrijven).	Overleg met behandelaar.	-	-
VKA	Toegestaan indien INR <3,5 en 3 maanden stabiel is en minstens 2 minuten stevig afdrukken op vaccinatieplaats (zonder wrijven). Verifieer de INR op indicatie bij de trombosdienst.	Overleg met behandelaar en/of de trombosdienst.	Contra- indicatie. Verhoogd risico op ernstige bloedingen bij vrouwen die VKA's gebruiken.	Geen contra-indicatie. Wel verhoogd bloedingsrisico bij interactie met o.a. doxycycline, ceftriaxon, erytromycine, amoxicilline, moxifloxacin. Advies om INR regelmatig(er) te controleren; overleg hiervoor met de trombosdienst.
DOAC	Toegestaan, DOAC door blijven gebruiken.	Bij 1 dd dosering: injectie 24 uur na laatste inname, herstart 6 uur na injectie, hervat normaal schema de volgende dag. Bij 2 dd dosering: 1 dosis overslaan, ingreep 12-18 uur na laatste inname, herstart conform schema minimaal 6 uur na injectie.	-	-
LMWH's	Overleg met behandelaar. Dalteparine: i.m. toediening vermijden bij dagdosis >5000 IE. Tinzaparine: vermijd i.m. injecties. Andere LMWH's vermelden niks over i.m. injectie.	Overleg met behandelaar.	-	Doxycycline (versterking antistollingsmedicatie bij dalteparine)

* Voor de toediening van hepatitis B-vaccinaties kan de richtlijn van Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing worden gevolgd.

Ook zijn er enkele medicijnen gecontra-indiceerd bij gelijktijdig gebruik van antistolling of is extra controle geïndiceerd. Zie tabel 7.2 voor de groepen antistolling die met name relevant zijn voor de CSG-sprekuren:

- *Trombocytenaggregatieremmers (TAR)*: acetylsalicylzuur (aspirine), carbasalaatcalcium, clopidogrel, dipyridamol, prasugrel en ticagrelor;
- *Vitamine K-antagonisten (VKA, synoniem: coumarinederivaten)*: acenocoumarol en fenprocoumon;
- *Direct werkende orale anticoagulantia (DOAC, synoniem: NOAC)*: apixaban, dabigatran, edoxaban en rivaroxaban;
- *Laag moleculair gewicht heparine (LMWH's)*: dalteparine, enoxaparine, nadroparine en tinzaparine.

7.4.4 Medicatie en (vermoeden van) antibiotica-allergie

Indien een antibiotica-allergie gerapporteerd staat, is het van belang om onderscheid te maken tussen een vermoeden van allergie of een bevestigde allergie. Veelal vermelden patiënten dat zij een antibiotica-allergie hebben zonder dat dit is bevestigd door een arts. Het is aan de zorgverlener op het CSG om dit goed te documenteren in het elektronisch patiëntendossier.

In sommige gevallen kan de arts na een goede anamnese de patiënt direct ontlabellen van de vermeende antibiotica-allergie. In andere gevallen kan het nodig zijn om een allergie uit te sluiten dan wel aan te tonen middels een doorverwijzing naar de tweede lijn. Dit is vooral van belang bij patiënten die mogelijk allergisch zijn voor een eerstekeusbehandeling van een bacteriële soa en die een doorlopend verhoogd risico hebben om deze soa op te lopen. In de praktijk wordt vaak de tweedekeusbehandeling gegeven (eventueel met nacontrole of test-of-cure) terwijl dit misschien niet nodig is.

Antibiotica kunnen allergische kruisreacties veroorzaken. Dit komt voornamelijk voor bij antibiotica die tot dezelfde groep behoren. Allergie voor één antibioticum geeft een verhoogde kans op allergie voor alle middelen uit dezelfde groep. Geen van deze antibiotica mag dan worden gegeven.

In sommige gevallen geven antibiotica uit verschillende groepen ook een allergische kruisreactie. Een voorbeeld is cefalosporine (o.a. ceftriaxon) en penicilline (penicilline). Toch kan na een goede anamnese ceftriaxon meestal veilig worden gegeven bij een bewezen penicilline-allergie. Dit is afhankelijk van verschillende factoren: de type allergische reactie, de ernst van de allergische reactie en tot welke generatie cefalosporine het middel behoort.

Alle mogelijke antibioticacombinaties en de aanbevelingen rondom allergieën worden beschreven door de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB). Nuttige informatie op de website van de SWAB is onder andere:

- De richtlijn [Aanpak bij vermoeden van antibiotica-allergie](#);
- Een overzicht [Welke patiënten kunnen direct ontlabeld worden?](#);

Het Amsterdam UMC heeft op basis van de SWAB-richtlijn een [praktische tool gemaakt voor de risico-inventarisatie bij een \(vermeende\) antibiotica-allergie](#).

7.4.5 Medicatie en zwangerschap/borstvoeding

Vrouwen voor de menopauze zonder adequate anticonceptie kunnen in theorie zwanger zijn en mogen niet zonder contra-indicatiecheck antibiotica of andere medicatie krijgen in verband met de mogelijke schade aan de ongeboren vrucht. Indien zwangerschap is uitgesloten – bijvoorbeeld doordat er anticonceptie is ingesteld, na een sterilisatie-ingreep, of wanneer

zwangerschap is uitgesloten door middel van een zwangerschapstest – kan de medicatie wel worden gegeven. Ook worden sommige medicijnen afgeraden bij vrouwen die borstvoeding geven.

Voor algemene informatie en adviezen omtrent geneesmiddelen tijdens de zwangerschap of tijdens borstvoeding, zie:

- [Geneesmiddelengebruik rondom de zwangerschap](http://lareb.nl) (lareb.nl);
- [Zwangerschap/Lactatie](http://farmacotherapeutischkompas.nl) (farmacotherapeutischkompas.nl).

Zie tabel 7.3 voor een overzicht van de middelen die veelvuldig gebruikt worden op het CSG en die niet (altijd) samen mogen tijdens de zwangerschap en/of lactatie. Let op: deze lijst is niet volledig; het is aan de voorschrijvend arts om altijd te controleren of er een contra-indicatie aanwezig is. Overleg laagdrempelig met de huisarts, gynaecoloog of verloskundige.

Tabel 7.3 Voorzorgsmaatregelen bij behandeling tijdens zwangerschap/lactatie.

Geneesmiddel	Zwangerschap	Lactatie
Azitromycine	Kan worden gebruikt, meest veilig	Waarschijnlijk veilig
Ceftriaxon	Volgens de MDR soa's is ceftriaxon 500 mg i.m. eenmalig toegestaan bij bewezen gonorroe-infectie tijdens de zwangerschap. Volgens Lareb is het risico onbekend; overleg laagdrempelig met arts/verloskundige.	Veilig
Doxycycline	1e trimester: waarschijnlijk veilig 2e en 3e trimester: contra-indicatie	Gebruik <3 weken: veilig Gebruik >3 weken: contra-indicatie
Fluconazol oraal	Eenmalig 150 mg: waarschijnlijk veilig Langdurig / >150 mg: contra-indicatie	Eenmalig 150 mg: veilig Langdurig / >150 mg: risico onbekend
Imiquimod	Risico onbekend, alleen op strikte indicatie	Waarschijnlijk veilig
Ivermectine	Risico onbekend, alleen op strikte indicatie	Waarschijnlijk veilig
Metronidazol oraal	Indien behandeling voor bacteriele vaginose geïndiceerd is is metonidazol 2000 mg p.o. toegestaan. Overweeg alternatieve behandeling met clindamycinecrème vaginaal of metronidazol vaginale ovule.	Waarschijnlijk veilig. Kan wel metaalsmaak geven aan moedermelk. Advies om tabletten in te nemen na laatste voeding.
Moxifloxacin	Risico onbekend, contra-indicatie	Risico onbekend, contra-indicatie
Ofloxacin	Risico onbekend, contra-indicatie	Risico onbekend, contra-indicatie
Podofyllotoxine	Risico onbekend, contra-indicatie	Beperkt gebruik: waarschijnlijk veilig Uitgebreid gebruik: mogelijk risico

7.4.6 Interactie met over-the-counter producten en overige interacties

- Verminderde absorptie doxycycline bij gelijktijdig gebruik pH-verhogende middelen (zoals antacida zoals Rennie).
- Verminderde absorptie doxycycline bij ijzer-ionen (zowel voorgeschreven als in voedingssupplementen). Combinatie vermijden.
- Verminderde absorptie doxycycline bij orale magnesium-, bismut-, aluminium-, calcium- en zinkbevattende preparaten. Combinatie vermijden of doxycycline minimaal 2 uur vóór inname van deze preparaten innemen.

7.4.7 Antibiotica en maagverkleining

Het komt steeds vaker voor dat iemand een bariatrische operatie heeft ondergaan, wat van invloed kan zijn op de opname van medicatie, waaronder antibiotica. In principe krijgen cliënten na de operatie een lijst mee met de geneesmiddelen die zij moeten vermijden of waarbij er aanpassing nodig is de dosering of het innameschema.

Er dient onderscheid te worden gemaakt in het type maagverkleining: de gastric sleeve of de gastric bypass. Bij een gastric sleeve wordt een gedeelte van de maag verkleind. Bij een gastric bypass wordt niet alleen de maag verkleind, maar wordt ook een gedeelte van het duodenum gebypast. Doxycycline wordt bijna volledig opgenomen in het proximale gedeelte van het duodenum. Daarom is er een theoretisch risico dat doxycycline minder goed wordt opgenomen na een gastric bypass. De Nederlandse obesitaskliniek vermeldt in hun medicatielijst dat hiervoor aanwijzingen zijn. Overweeg een tweedekeusbehandeling of een test-of-cure na behandeling om effectiviteit te monitoren. Overleg laagdrempelig met een apotheker of bariatrisch chirurg.

7.4.8 Braken, diarree en gemiste dosis bij orale antibiotica

Orale antibiotica, zoals azitromycine en doxycycline, kunnen vaak gastro-intestinale bijwerkingen geven zoals misselijkheid, diarree en braken. Dit kan gevolgen hebben voor de absorptie van het middel en daarmee op de effectiviteit van de behandeling. Ook kan het van invloed zijn op de therapietrouw.

Azitromycine en doxycycline worden relatief snel geabsorbeerd en een plasmapijkconcentratie wordt bereikt na 2-3 uur (bron: [Farmacotherapeutisch Kompas](#), geraadpleegd 22-01-2024).

Er zijn geen algemene richtlijnen of adviezen over herinname van azitromycine bij braken of diarree (bron: navraag bij Pfizer en KNMP). Het besluit tot herinname is aan de behandelend arts, waarbij rekening moet worden gehouden met het risico op overdosering. Bij azitromycine is bij matige overdosering (bijvoorbeeld als ten onrechte herinname is geadviseerd) het bijwerkingenspectrum gelijk aan dat bij normale inname. Ook voor doxycycline mag worden aangenomen dat de bijwerkingen gelijk zijn aan normale inname als er ten onrechte een dubbele dosering wordt ingenomen.

Braken

Als de azitromycine- of doxycycline-tabletten op een lege maag ingenomen zijn en er binnen 1 uur na inname wordt gebraakt, dienen de tabletten opnieuw ingenomen te worden. Indien ze met voedsel worden ingenomen, wordt de maagontlediging vertraagd. Dan dient een nieuwe dosis ingenomen te worden als er binnen 3 uur gebraakt wordt. Bij aanwezigheid van restanten

tabletten in het braaksel, altijd opnieuw innemen (Bron: verslag WASS-vergadering 10-4-2012).

Diarree

Opnieuw innemen is vaak niet nodig. Alleen bij hevige, waterdunne diarree is er risico dat er te weinig geneesmiddel opgenomen wordt. De maximale concentratie wordt na 2-3 uur bereikt. Als er dus hevige waterdunne diarree binnen 3 uur na inname optreedt, dienen de tabletten opnieuw te worden ingenomen als de maag/darmen weer rustig zijn.

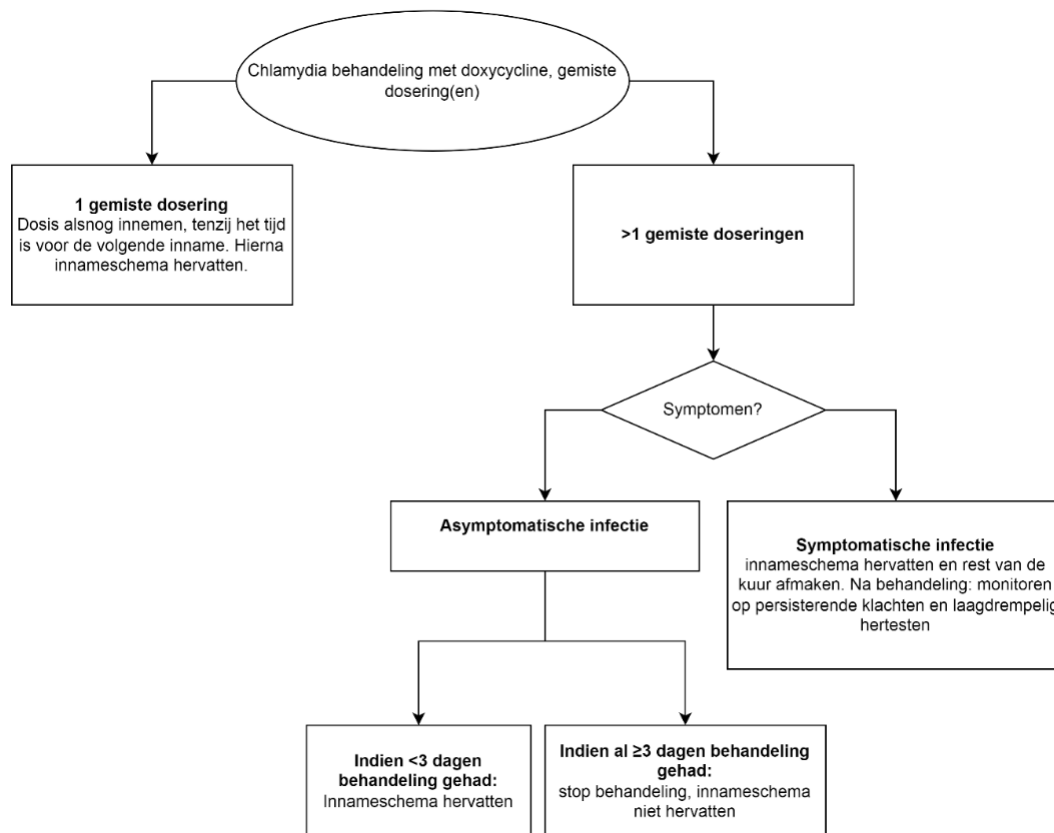
Gemiste dosis

Als er bij een kuur doxycycline een of meerdere tabletten niet zijn ingenomen – doordat cliënt tabletten heeft verloren/is vergeten of door braken/diarree – dient er overleg te zijn met de behandelend arts of de antibioticakuur moet worden verlengd of dat een alternatieve behandeling wenselijker is. Hierbij wordt er een onderscheid gemaakt tussen de behandeling met doxycycline voor chlamydia en de behandeling voor syfilis indien eerstekeusbehandeling is gecontra-indiceerd. Dit omdat de risico's van therapiefalen bij syfilis groter zijn dan bij chlamydia.

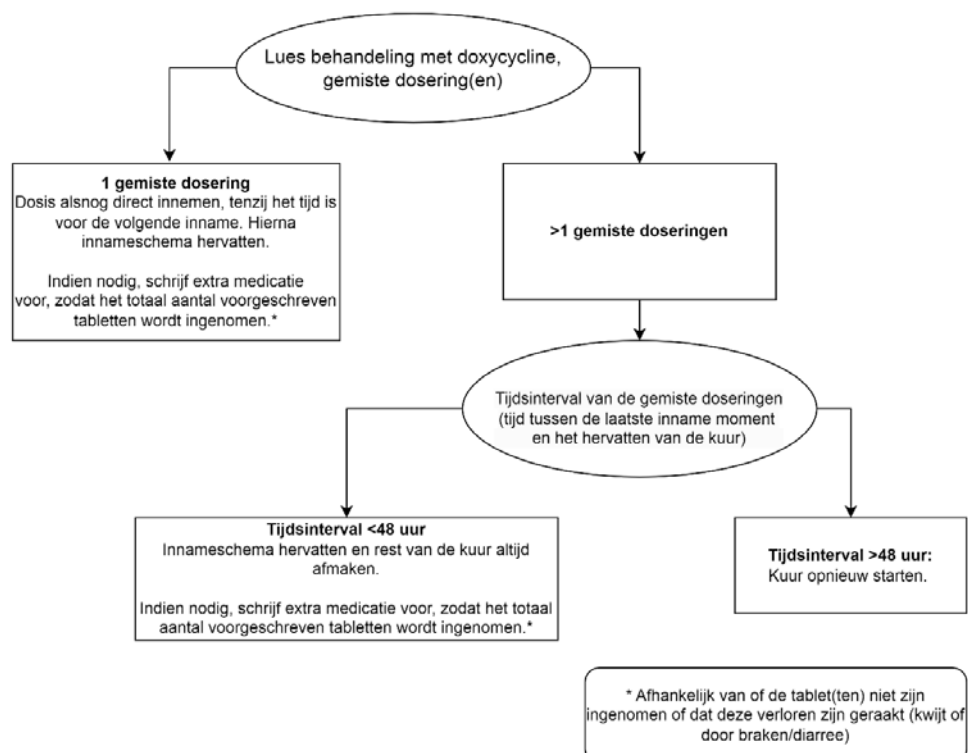
Voor zover bekend zijn er geen (inter)nationale richtlijnen die beschrijven hoe te handelen bij gemiste dosering(en) doxycycline. Derhalve is deze vraag neergelegd bij twee medisch microbiologen met een aandachtsgebied op soa's (Kara Osbak en Mireille van Westreenen). Zij hebben een beleidsdocument opgesteld hoe te handelen bij een gemiste dosis doxycycline gebaseerd op de huidige literatuur. Dit document mag worden gebruikt voor deze richtlijn. Voor de behandeling van chlamydia zijn er goed beschreven studies over suboptimale therapie. Voor syfilis zijn de risico's van therapiefalen groter, waardoor er altijd een volledige behandeling moet worden gegeven met serologische follow-up.

Of en hoe de behandeling met doxycycline moet worden hervat, blijft een individuele afweging waarbij meerdere factoren een rol spelen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen het hervatten van de kuur, waarbij wordt bedoeld dat de kuur met de resterende tabletten moet worden afgemaakt, of dat de kuur opnieuw moet worden opgestart. Op indicatie dienen extra tabletten doxycycline te worden voorgeschreven om de oorspronkelijke behandelduur te kunnen geven. De schema's in figuren 7.2 en 7.3 kunnen helpen om hierbij een keuze te maken.

Figuur 7.2 Stroomschema gemiste dosis doxycycline voor behandeling van chlamydia.



Figuur 7.3 Stroomschema gemiste dosis doxycycline voor behandeling van syfilis.



* Afhankelijk van of de tablet(ten) niet zijn ingenomen of dat deze verloren zijn geraakt (kwijt of door braken/diarree)

7.4.9 Interval syfilisbehandelingen

Het aantal behandelingen voor syfilis is afhankelijk van het gevonden stadium. Bij een vroege syfilis (stadium 1, 2 en vroege latente syfilis) bestaat de voorkeursbehandeling uit eenmalig benzathinebenzylpenicilline 2,4 miljoen IE IM. Daarbij gaat men ervan uit dat de infectie <1 jaar geleden is opgelopen. Let op: enkele internationale richtlijnen, waaronder de WHO, spreken van een vroege latente syfilis als deze <2 jaar geleden is opgelopen. Bij een late latente syfilis, syfilis van onbepaalde duur, tertiaire syfilis en bij een zwangere (ongeacht het stadium van de syfilis) bestaat de behandeling uit 3x benzathinebenzylpenicilline 2,4 miljoen IE IM op dag 1, 8 en 15.

Indien het om praktische redenen niet mogelijk is om een interval van 7 dagen tussen de behandelingen aan te houden, dan is het soms mogelijk om dit interval iets te verlengen. Op basis van de farmacologie heeft een interval van 7-9 dagen de voorkeur. In uitzonderingsgevallen kan, op basis van klinische ervaringen, het interval tot 10-14 dagen worden verlengd. Hou er wel rekening mee dat er minimaal 7 dagen tussen twee behandelingen zitten.

Let op: indien een persoon zwanger is mogen er maximaal 9 dagen tussen de behandeling zitten. Als er >9 dagen tussen de behandelingen zitten bij een zwangere persoon moet de hele serie van drie behandelingen opnieuw worden gestart (CDC 2021).

7.5 Advies voor seksuele onthouding na behandeling

Na de behandeling voor een soa is het belangrijk dat de cliënt, voordat er weer seksueel contact plaatsvindt, niet meer besmettelijk is. Geïnfekteerde slijmvlieszenuwen genezen mogelijk sneller als zij niet gemanipuleerd worden door masturbatie of seksueel contact. Ook is het een publiek en individueel belang om een behandelde soa niet door te geven zolang een bacterie of virus nog aanwezig is direct na behandeling.

Over het algemeen wordt een termijn van onthouding (of eventueel seks met een condoom) van een week geadviseerd. Voor gedetailleerde informatie per soa en syndroom, zie tabel 3 van het [LCI-draaiboek Partnermanagement](#).

7.6 Partnernotificatie

Een belangrijke taak van een CSG is het ondersteunen en motiveren van cliënten om hun partners te informeren als er een soa is gediagnosticeerd. Zie hiervoor het [LCI-draaiboek Partnermanagement](#).

7.7 Verwijzen naar tweede lijn

7.7.1 Voorwaarden en aandachtspunten

GGD-artsen en in veel gevallen ook de verpleegkundig specialisten, zijn soms formeel geaccepteerd als verwijzer naar de tweede lijn door de zorgverzekeraars. Sommige zorgverzekeraars accepteren alleen verwijzingen van een medisch specialist. Andere zorgverzekeraars accepteren ook de verwijzing van een profielarts izb of een arts M+G. In alle gevallen is het van belang dat de AGB-code van de arts en de AGB-code van de GGD vermeld staat op de verwijsbrief. Let op: de arts izb en de arts M+G, zijn volgens de AGB-code geen medisch specialist, maar vallen onder de zorgcategorie 'overige artsen'.

Op de website van Zorgverzekeraars Nederland wordt elke jaar een [actueel overzicht](#) gepubliceerd welke verwijzers van eerste naar tweede lijn worden geaccepteerd per zorgverzekeraar. Eventuele voorwaarden en uitzonderingen staan hierin vermeld.

In de praktijk verschilt het per zorgverzekeraar en per regio in Nederland of een verwijzing wordt geaccepteerd. Ook kan het voorkomen dat de instelling de verwijzing niet accepteert, ook als de polisvoorwaarden van de verzekerde aangeven een dergelijke verwijzing wel degelijk te accepteren.

Indien men te maken krijgt met een zorgverzekering en/of instelling die een verwijzing vanuit de GGD-arts of verpleegkundig specialist niet heeft erkend als verwijzer, zal een verwijzing door de huisarts geëist worden door de instelling waarnaar verwezen wordt. De cliënt behoort hierover geïnformeerd te worden met het advies de exacte eisen bij de verzekering en de verwijzende instelling na te vragen.

Indien er wel direct vanuit het CSG wordt verwezen, dient met de cliënt besproken te worden of een kopie van de verwijzing naar de huisarts gestuurd mag worden. Zo ja, dan heeft dat de voorkeur. Verder dient een cliënt erop gewezen te worden dat als die verwezen wordt, de zorgkosten die vervolgens ontstaan via de verzekering zullen verlopen en dat dit ten koste kan gaan van het eigen risico. Tevens is de zorg dan niet meer anoniem.

7.7.2 Verwijzen met buitenlandse zorgverzekering

Voor studenten uit het buitenland geldt er vaak een minimale zorgverzekering, die bijvoorbeeld geen PEP-zorg vergoed, maar ook vaak geen (niet-urgente) medische zorg. Dit betekent dat de kosten voor deze personen voor eigen rekening komen. Voor PEP komt dat dan uit op ongeveer 1500 euro.

7.7.3 Verwijzen bij onverzekerden

Voor onverzekerde personen die in Nederland verblijven, is er vaak wel financiering voor zorg mogelijk, zeker voor urgente zaken. Dit geldt ook voor de kosten van hiv-zorg voor onverzekerbare vreemdelingen omdat deze zorg medisch noodzakelijk is en niet door de patiënt kan worden betaald. Zie voor meer informatie de [Regeling onverzekerbare vreemdelingen](#) op de website van het CAK.

Afhankelijk van enkele factoren wordt bepaald of en onder welke regeling de kosten kunnen worden gedeclareerd. Hierbij speelt mee of het gaat om een asielzoeker of om iemand uit een EU-land en of iemand een BSN heeft. Er zijn op het moment van schrijven vier verschillende regelingen beschikbaar:

- Regeling Medische Zorg Asielzoekers (RMA);
- Regeling Medische Zorg aan Ontheemden (RMO);
- Regeling Onverzekerbare Vreemdelingen (OVV): onverzekerd, niet afkomstig uit een EU-land. Als een persoon illegaal in Nederland verblijft – dat wil zeggen géén asielzoeker is en geen inwoner van de EU – kan een zorgverlener een bijdrage ontvangen voor de medische kosten. De verwijzend arts kan alleen doorverwijzen naar ziekenhuizen, apotheken en instellingen waar het CAK een overeenkomst mee heeft. Vanuit het CAK gelden geen voorwaarden over welke beroepen mogen verwijzen naar de medisch specialistische zorg. In het declaratieformulier voor de medisch specialist wordt dan ook niet gevraagd naar de AGB-code van de verwijzer.

- Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV): als een persoon onverzekerd is, afkomstig uit een EU-land en de zorg niet zelf kan betalen. De arts kan dan doorverwijzen naar de medisch specialistische zorg. Voor het declareren van zorgkosten bij het CAK dient de zorgverlener een DAEB-overeenkomst met het CAK af te sluiten en via een subsidieformulier kan subsidie aangevraagd worden. Het CAK stelt geen voorwaarden aan mogelijke verwijzers naar de tweede lijn.

Referenties

- CDC 2021. [Latent Syphilis](#). In: Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. Geraadpleegd maart 2024.
- Geisler WM, Uniyal A, Lee JY et al. 2015. Azithromycin versus doxycycline for urogenital Chlamydia trachomatis infection. N Engl J Med 373(26):2512-2521.
- [Farmacotherapeutisch Kompas](#).
- NECF 2023. Regionale richtlijn directe orale anticoagulantia (DOAC), non-VKA orale anticoagulantia (DOAC). [Update oktober 2023](#). Via NECF.nl.
- Nederlandse Obesitaskliniek 2017. [Geneesmiddelengebruik na bariatrische chirurgie](#).
- NHG-werkgroep 2024. [Fluor vaginalis](#). NHG-standaard M38. Published: mei 2016. Laatste aanpassing: januari 2024.
- NIV 2021. Periprocedureel beleid bij antistolling. In: [Richtlijn] Antitrombotisch beleid. Via [FMS Richtlijnen database](#).
- Penning-van Beest FJ, Koerselman J, Herings RM 2008. [Risk of major bleeding during concomitant use of antibiotic drugs and coumarin anticoagulants](#). J Thromb Haemost 6(2):284-290.
- Verlee L, Bouma M 2018. [Infectieuze balanitis vanaf 12 jaar](#). BHG-behandelrichtlijn. Published: December 20218.
- Zelis M, Zweegman S, van der Meer FJM et al. 2008. [De interactie tussen antistollingsbehandeling met vitamine K antagonisten en behandeling met antibiotica: een praktische aanbeveling](#). Ned Tijdschr Geneesk 152(18):1042-1046.