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

Draaiboek
Consult seksuele gezondheid

© RIVM
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Draaiboek consult seksuele gezondheid.

Op- en aanmerkingen en suggesties voor aanvullingen voor dit draaiboek zijn welkom via lci@rivm.nl. De redactieraad seksuele gezondheid zal uw opmerking in behandeling nemen.

Dit is een uitgave van:
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Inhoudsopgave

Inleiding **7**

1. Taken en verantwoordelijkheden **9**

1.1 Verantwoordelijkheid GGD 9
1.2 Wettelijk kader voorbehouden handelingen en medicatie verstrekken 10
1.3 Bevoegdheid 10
1.4 Bekwaamheid 11
1.5 De eis van toezicht en tussenkomst 11
1.6 Zorg aan minderjarigen 12
1.7 Taken en verantwoordelijkheden per onderdeel van het consult 13
1.8 Verantwoordelijkheid medewerkers 16
1.9 Bekwaamheidsverklaringen 16

2. Gespreksvoering consult seksuele gezondheid **19**

2.1 Inleiding 19
2.2 De stappen van een gesprek 19
2.3 Counseling volgens motiverende gespreksvoering 22
Referenties 24

3. MSM-advisering **25**

3.1 Inleiding: MSM-definitie, kader, epidemiologie 25
3.2 Thema's en onderwerpen seksuele gezondheid voor MSM 27
3.3 Ontwikkelingen en nieuwe inzichten 31
Referenties 33

4. Sekswerker advisering **35**

4.1 Sekswerk en kwetsbaarheden 35
4.2 Het consult seksuele gezondheid bij een sekswerker 36
4.3 Aandachtspunten en specifieke adviezen 38
Referenties 40

5. Triage soa-testen **41**

5.1 Prioritering doelgroepen 41
5.2 Termijn 43

6. Testbeleid **47**

6.1 Inleiding 48
6.2 Wanneer testen na (mogelijke) blootstelling aan soa? 49
6.3 Testbeleid ASG-regeling 53
6.4 Testbeleid chlamydia, LGV en gonorroe 58
6.5 Testbeleid hiv 61
6.6 Testbeleid syfilis 64
6.7 Testbeleid *Trichomonas vaginalis* en *Mycoplasma genitalium* 65

6.8 Screening en testbeleid hepatitis B 66
6.9 Testbeleid LGV 67
6.10 Testbeleid hepatitis C 68
6.11 Hertest en test-of-curebeleid 70
6.12 Testadvies specifieke groepen 71
6.13 Instructie swabafname 72
Referenties 73

7. Beleid bij soa's en soa-gerelateerde syndromen 77
7.1 Inleiding 78
7.2 Soa-gerelateerde syndromen 78
7.3 Behandeling op CSG 97
7.4 Aandachtspunten bij medicamenteuze behandeling 98
7.5 Advies voor seksuele onthouding na behandeling 105
7.6 Partnernotificatie 105
7.7 Verwijzen naar tweede lijn 105
Referenties 107

8. Hiv-pre-expositieprofylaxe (hiv-PrEP) 109
8.1 Inleiding 109
8.2 Infrastructuur en tijdspad 110
8.3 Het intakeconsult 110
8.4 Vervolgconsulten 118
8.5 Informeel PrEP-gebruik 119
Referenties 119

9. Seksaccidenten en seksueel geweld 121
9.1 Seksaccidenten 121
9.2 Seksueel geweld 125
Referenties 130

10. Anticonceptie 131
10.1 Inleiding 132
10.2 Vragen tijdens het consult 133
10.3 Mogelijke methoden en betrouwbaarheid 137
10.4 Hormonale preparaten 138
10.5 Intra-uteriene middelen (IUD) 145
10.6 Barrièremiddelen 146
10.7 'Natuurlijke' methoden 147
10.8 Definitieve methoden 148
10.9 Gebruik van de pil, vaginale ring of pleister 149
10.10 Medische overwegingen en bijwerkingen 153
10.11 Wanneer anticonceptie faalt 161
10.12 Medicatie op recept 163
10.13 Anticonceptie voorschrijven aan minderjarige cliënten (juridische aspecten) 164

10.14 Anticonceptie voor non-binaire of transgender personen 165
Referenties..... 166
Bijlage Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie 169

11. Hulp bij onbedoelde zwangerschap 173
11.1 Inleiding 173
11.2 Cliënte blijkt niet zwanger..... 175
11.3 Cliënte is zwanger..... 175
11.4 Zwangerschapsafbreking bij minderjarigen (12 t/m 15 jaar) 182
11.5 Angst voor zwangerschap 183
Referenties..... 183

12. Seksuele problemen 185
12.1 Inleiding 187
12.2 Verminderd seksueel verlangen en verschil in verlangen..... 189
12.3 Seksuele aversie..... 194
12.4 Seksverslaving 195
12.5 Seksuele opwindingsstoornis bij mannen (erectiestoornis) 197
12.6 Seksuele opwindingsstoornis bij vrouwen..... 201
12.7 Aanhoudende lichamelijke opwinding 204
12.8 Orgasmestoornis bij mannen: geremd klaarkomen 205
12.9 Orgasmestoornis bij mannen: vroegtijdige zaadlozing 208
12.10 Orgasmestoornis bij vrouwen 210
12.11 Pijn bij het vrijen (dyspareunie)..... 213
12.12 Vaginisme 216
12.13 Parafilie 219
Referenties..... 223
Bijlage Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw 225

13. Seksuele oriëntatie en genderidentiteit 229
13.1 Terminologie 229
13.2 Problemen met de seksuele oriëntatie 231
13.3 Transgender personen en genderincongruentie..... 237
Referenties..... 243

14. Fysiologie en normaliteitsvragen 247
14.1 Inleiding 247
14.2 De vrouw..... 248
14.3 De man 264
14.4 Beide seksen..... 272
Referenties..... 273

Auteurslijst 275

Inleiding

Voor u ligt het draaiboek Consult seksuele gezondheid, dat op initiatief en verzoek van de Werkgroep artsen Seksuele gezondheid (WASS) tot stand is gekomen. Het draaiboek is met vereende krachten, door meerdere professionals uit het veld en experts uit aanpalende disciplines, geschreven, gereviseerd en uiteindelijk in het Landelijk Overleg Infectieziekten Seksuele Gezondheid (LOI-SG) vastgesteld. De redactieraad seksuele gezondheid was de 'opdrachtgever' en heeft dit proces begeleid. Het draaiboek is in de eerste plaats bedoeld voor gebruik binnen de praktijk van de Centra Seksuele Gezondheid (CSG), maar kan ook van waarde zijn in een andere setting. Het Kwaliteitsprofiel Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (RIVM 2016) verwijst naar onderdelen van dit draaiboek als zijnde de professionele standaard.

De totstandkoming van dit draaiboek was niet mogelijk geweest zonder het eerdere waardevolle werk dat is verricht door Peter Leusink en Mintsje Tanis-Nauta bij het vervaardigen van het *Handboek seksualiteit en reproductie* (2008) en later het *Handboek seksuele gezondheid* (2014) van Peter Leusink en Marjo Ramakers. Voor diverse delen van dit draaiboek is dankbaar gebruik gemaakt van de informatie uit deze handboeken.

Conform de Wet publieke gezondheidszorg (WPG), artikel 6, lid 1b, draagt de gemeente zorg voor de algemene infectieziektebestrijding, waaronder het bestrijden van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). De Centra Seksuele Gezondheid van de GGD voeren deze soa-zorg uit en worden gefinancierd vanuit de subsidieregeling Aanvullende Seksuele Gezondheid (ASG) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De regeling is er voor het leveren van soa-zorg en (sinds 2008 ook) voor seksualiteitshulpverlening aan jongeren tot 25 jaar. Zij krijgen een geïntegreerd consult seksuele gezondheid, waarin onafhankelijk van de hulpvraag zowel het soa-aspect als ook het seksualiteitsaspect besproken wordt. Het aanbod is aanvullend op de reguliere (huisartsen)zorg, waarbij de GGD zich richt op doelgroepen die via de reguliere zorg moeilijk bereikt worden en een verhoogd risico op soa of problemen in bredere zin rondom seksualiteit hebben. Immers, seksuele gezondheid is volgens de definitie van de WHO (2010) een breed begrip: "Seksuele gezondheid is een met seksualiteit verbonden toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn. Seksuele gezondheid is dus meer dan alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of zwakte. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Seksuele gezondheid vereist ook het mogen en kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen; zonder dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en gerealiseerd."

De doelgroepen van deze subsidieregeling zijn vastgesteld door het ministerie van VWS in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Personen die hoog risico op een soa hebben gelopen, maar niet naar de huisarts kunnen of willen, kunnen terecht bij de Centra Seksuele Gezondheid voor een consult. Dit consult is voor deze cliënten kosteloos en anoniem. Data van huisartsenpeilstations laten zien dat huisartsen het

merendeel van de soa-diagnoses voor hun rekening nemen, ongeveer 70% versus 30% op de GGD poliklinieken.[1]

De unieke insteek van de Centra Seksuele Gezondheid is dat het belang van volksgezondheid voorop staat. De hoogkwalitatieve individuele zorg die het CSG levert staat ten dienste van het bestrijden van soa en het bevorderen van seksuele gezondheid in de samenleving. Partnermanagement, individuele voorlichting en advies zijn daarom kerntaken van het centrum.

Surveillance en signalering van problemen op het gebied van seksuele gezondheid, inclusief verheffingen van soa, vormen een essentiële en unieke publieke taak van een CSG. Het zorgt door middel van open communicatie en goede samenwerking met alle relevante partners in het netwerk van (keten)partners. Dit is een voorwaarde voor goed inzicht in regionale verspreiding van soa, kenmerken van risicogroepen en determinanten van problemen op het gebied van seksuele gezondheid wat snelle en effectieve signaalverificatie en interventie mogelijk maakt.[2] Het toepassen van de relevante meldcodes maakt hier onlosmakelijk onderdeel van uit.[3]

Tot slot heeft het CSG ook een ‘outreach’-functie. De GGD onderneemt outreachactiviteiten naar instellingen en locaties waar hoogrisicogroepen samenkomen, zoals homo-uitgaansgelegenheden en seksinrichtingen. Ook geeft zij voorlichting aan ketenpartners en risicogroepen omtrent seksuele gezondheid.

Dit draaiboek beschrijft de landelijke consensus ten aanzien van het consult seksuele gezondheid binnen de CSG’s en concentreert zich op praktische aspecten in de uitvoering die niet beschreven zijn in LCI-richtlijnen waarin de soa’s per ziekte beschreven staan of andere draaiboeken (bijvoorbeeld het draaiboek Partnermanagement). Het volgt het proces dat de cliënt doorloopt die de GGD benadert met een verzoek om een soa-test en/of met een seksualiteitsvraagstuk en beschrijft de randvoorwaarden voor het consult in de publieke seksuele gezondheid waaronder collectieve aspecten. Het is een dynamisch document, waarin voortschrijdend inzicht en nieuwe wetenschappelijke kennis of consensus zal leiden tot aanpassingen. Het voornaamste doel van dit draaiboek is hiaten invullen voor vragen die in de dagelijkse praktijk voorkomen en een professioneel handvat bieden aan artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten werkzaam binnen het CSG.

Redactieraad seksuele gezondheid van het LOI, maart 2017

Marjo Taal, voorzitter, Soa Aids Nederland
Ton Oomen, secretaris, LCI
Karlijn Kampman, arts Maatschappij en Gezondheid GGD Twente
Fokke Postma, sociaal verpleegkundige GGD Groningen
Marleen Sterker, verpleegkundige Maatschappij en Gezondheid GGD Haaglanden
Jean-Marie Brand, arts Maatschappij en Gezondheid GGD Haaglanden

---

[1] Broek IV, Verheij RA, van Dijk CE, et al. 2010. Trends in sexually transmitted infections in the Netherlands, combining surveillance data from general practices and sexually transmitted infection centers. BMC Fam Pract 2010;11:39.
[2] van den Kerkhof H, van Steenbergen J (red) 2013. Infectieziektebestrijding. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
[3] Zie Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

1. Taken en verantwoordelijkheden

Vastgesteld LOI-SG: 3 december 2024

Inhoud deeldraaiboek 1

1.1 Verantwoordelijkheid GGD 9
1.2 Wettelijk kader voorbehouden handelingen en medicatie verstrekken 10
1.3 Bevoegdheid 10
1.4 Bekwaamheid 11
1.5 De eis van toezicht en tussenkomst 11
1.6 Zorg aan minderjarigen 12
1.6.1 Leeftijdscategorieën en toestemming ouderlijk gezag 12
1.6.2 Vaccineren minderjarigen 13
1.6.3 Recht op inzage medisch dossier minderjarigen 13
1.6.4 Informeren van de huisarts 13
1.7 Taken en verantwoordelijkheden per onderdeel van het consult 13
1.7.1 Triage 13
1.7.2 Hulpvraag 14
1.7.3 Seksualiteitshulpvraag 14
1.7.4 Diagnostiek 15
1.7.5 Uitslagen 15
1.7.6 Behandeling 15
1.7.7 Vaccinatie tegen hepatitis B 16
1.7.8 Spreekuurlocaties zonder aanwezigheid arts, verpleegkundig specialist of PA 16
1.8 Verantwoordelijkheid medewerkers 16
1.9 Bekwaamheidsverklaringen 16

1.1 Verantwoordelijkheid GGD

Bij het consult seksuele gezondheid binnen de Centra voor Seksuele Gezondheid (CSG's) zijn verschillende professionals betrokken: doktersassistenten, verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants (PA's), seksuologen en artsen. Voor de verschillende professionals zijn er de volgende beroepscompetenties:

- het Beroepscompetentieprofiel doktersassistent, NVDA (2024);
- het Competentiedeelprofiel verpleegkundige seksuele gezondheid, Vakgroep seksuele gezondheid V&VN (2016);
- het Beroepsprofiel van verpleegkundig specialisten (2019);
- het Beroepsprofiel Physician Assistant (2023);
- de KNMG-Gedragscode voor artsen (2022);
- het Competentieprofiel arts seksuele gezondheid, WASS (2013);
- het Competentieprofiel arts maatschappij en gezondheid, KAMG (2015).

Het Kwaliteitsprofiel hulpverlening seksuele gezondheid in het kader van de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg geeft richting aan de kwaliteitsborging van het consult seksuele gezondheid. De verpleegkundigen en doktersassistenten dienen in het bezit te zijn van een geldige bekwaamheidsverklaring.

1.2 Wettelijk kader voorbehouden handelingen en medicatie verstrekken

In artikel 36 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) is benoemd wie zelfstandig bevoegd is voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Binnen het CSG zijn de arts, verpleegkundig specialist en PA zelfstandig bevoegd binnen hun deskundigheidsgebied. De verpleegkundige en doktersassistent mogen onder voorwaarden en in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar (arts, verpleegkundig specialist en PA) voorbehouden handelingen uitvoeren. De belangrijkste voorwaarde is de bekwaamheid.

Bij het CSG gaat het om de volgende voorbehouden handelingen:

- injecteren (subcutaan en intramusculair);
- venapunctie;
- ingrepen zoals het plaatsen en/of verwijderen van een spiraal of anticonceptie-implantaat.

De volgende eisen worden gesteld:

- De opdrachtnemer mag alleen een voorbehouden handeling uitvoeren in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar.
- De opdrachtnemer moet zichzelf bekwaam achten de handeling uit te voeren. Dit betekent dat de voorbehouden handeling in een opleiding is geleerd en in de praktijk regelmatig wordt uitgevoerd. Indien de opdrachtnemer zichzelf niet bekwaam acht, moet hij de opdracht weigeren. De opleiding of scholing legt de basis voor bevoegdheid en bekwaamheid. De opdrachtnemer moet handelen volgens de aanwijzingen. De mogelijkheid tot toezicht en tussenkomst van de opdrachtgever moet in gevallen waar zulks redelijkerwijs nodig is, geregeld zijn.

Geneesmiddelen die uitsluitend op recept (UR) verkrijgbaar zijn, worden op het CSG voorgeschreven door bevoegde beroepsbeoefenaren (arts, verpleegkundig specialist en PA) (wet BIG, artikel 36, lid 14). Het verstrekken van een voorgeschreven recept of medicatie valt niet onder de wettelijk vastgelegde voorbehouden handelingen. Deze handelingen kunnen tot een risico voor de patiënt leiden en vallen daarom in de wet BIG onder de noemer ‘zorgvuldig handelen’. Om het risico voor de cliënt te minimaliseren worden recepten en medicatie volgens protocol verstrekt.

Het plaatsen van spiraaltjes en anticonceptie-implantaten wordt in het CSG uitgevoerd door een hiertoe bekwame arts, verpleegkundig specialist of PA.

1.3 Bevoegdheid

Hierin zijn drie niveaus te onderscheiden:

- *Zelfstandig bevoegd*. Het betreft hier de arts, de verpleegkundig specialist en de PA. Zij zijn bevoegd de indicatie te stellen, opdracht te geven aan niet-zelfstandig bevoegden en de handeling feitelijk te verrichten (afhankelijk van hun bekwaamheid en deskundigheid).

- *Opdrachtnemer met functionele zelfstandigheid*. Dit betreft de verpleegkundigen. Zij zijn bevoegd de injecties en venapuncties zelfstandig te verrichten in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar. Hierbij is toezicht of tussenkomst niet nodig. Zij handelen daarbij volgens eventuele aanwijzingen van de opdrachtgever en volgens protocol. Bekwaamheid wordt periodiek, objectief en aantoonbaar getoetst.
- *Opdrachtnemer zonder functionele zelfstandigheid*. Dit betreft de medisch technisch medewerkers (MTM) en de doktersassistenten. Zij zijn bevoegd de injecties en venapuncties te verrichten in opdracht van een zelfstandig bevoegde. Zij handelen daarbij volgens aanwijzingen van de opdrachtgever en volgens protocol. Toezicht en de mogelijkheid van tussenkomst van een opdrachtgever zijn verzekerd in gevallen waar dit door de opdrachtnemer nodig geacht wordt of naar het oordeel van de opdrachtgever noodzakelijk is. Het is dus bij alle opdrachtnemers noodzakelijk in opdracht en volgens protocol te handelen, en aantoonbaar bekwaam te zijn.

1.4 Bekwaamheid

Een beroepsbeoefenaar is bekwaam wanneer er voldoende kennis aanwezig is, men in staat is een handeling volgens protocol en technisch correct uit te voeren en men zichzelf ook bekwaam acht.

De organisatie is ervoor verantwoordelijk dat de bekwaamheid van haar professionals regelmatig getoetst wordt. De arts is verantwoordelijk voor de criteria waarop de bekwaamheid getoetst moet worden en zal de primaire toetsing uitvoeren. De toetsing en aftekening daarna kan vervolgens uitgevoerd worden door een bekwame BIG-geregisterde collega, bijvoorbeeld een verpleegkundige.

1.5 De eis van toezicht en tussenkomst

In de wet BIG staat dat toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst redelijkerwijs verzekerd moeten zijn. Dit impliceert dat de arts niet altijd bij de uitvoering van voorbehouden handelingen aanwezig hoeft te zijn.

Voor handelingen waarvoor een verpleegkundige functioneel zelfstandig bevoegd is (injecties en venapuncties) geldt dat de verpleegkundige, mits bekwaam, deze handelingen sowieso zonder toezicht/tussenkomst van een arts, verpleegkundig specialist of PA mag uitvoeren. Voor de doktersassistenten geldt dat de werkzaamheden van dien aard dienen te zijn dat toezicht en tussenkomst door middel van telefonische bereikbaarheid afdoende is. De arts, verpleegkundig specialist of PA bepaalt of er fysiek toezicht of tussenkomst nodig is bij specifieke handelingen.

Doktersassistenten voeren alleen injecties en venapuncties uit indien een verpleegkundige, verpleegkundig specialist, PA of arts fysiek aanwezig is op de locatie. Medewerkers op het CSG zijn in beginsel periodiek geschoold in *basic life support* (BLS) en kunnen dus zorgen voor opvang in acute medische situaties. Bij het zetten van injecties en vaccinaties dient er altijd één – en bij voorkeur twee – BLS-geschoolde medewerker fysiek aanwezig te zijn op locatie.

Bij het injecteren van antibiotica is het noodzakelijk dat een zogenaamde shockkoffer en medicatie (adrenaline en eventueel clemastine) aanwezig zijn op locatie.

1.6 Zorg aan minderjarigen

1.6.1 Leeftijdscategorieën en toestemming ouderlijk gezag

Een van de doelgroepen van het CSG zijn jongeren onder de 25 jaar. Daarbij kan het voorkomen dat ook minderjarigen gezien worden. Op het CSG dient er ***bij alle consulten met cliënten onder de 16 jaar een arts of verpleegkundig specialist te worden geconsulteerd***. Indien nodig voert de arts of verpleegkundig specialist intercollegiaal overleg. Dit vanwege het delicate maatwerk op het gebied van zorg aan minderjarigen. Voor het aangaan van een geneeskundige behandelingsovereenkomst dient de cliënt immers wilsbekwaam te zijn.

De wet maakt onderscheid in de volgende leeftijdscategorieën:

- *Tot 12 jaar*. De zorgverlener dient de cliënt voor te lichten over eventueel onderzoek en behandeling, passend bij zijn of haar bevattingsvermogen. Toestemming van de gezaghebbende ouders of voogd is nodig voor diagnostiek en behandeling; formeel heeft de minderjarige hier geen inspraak in. Daarom is het goed om actief te bespreken wie het gezag heeft bij het aangaan van een behandel-overeenkomst bij cliënten jonger dan 12 jaar (beide ouders, één ouder, voogd, etc.) (Artikel 7:465 Burgerlijk Wetboek).
- *Van 12 tot 16 jaar*. De zorgverlener dient de cliënt voor te lichten over eventueel onderzoek en eventuele behandeling, passend bij zijn of haar bevattingsvermogen. De toestemming van de minderjarige ***en*** de toestemming van de (gezaghebbende) ouder(s) of voogd zijn dan in beginsel vereist. Daarom is het goed om actief te bespreken wie het gezag heeft bij het aangaan van een behandelovereenkomst bij cliënten jonger dan 16 jaar (beide ouders, één ouder, voogd, etc.). In uitzonderlijke gevallen kan de arts of verpleegkundig specialist zonder de toestemming van de (gezaghebbende) ouders of voogd een behandelingsovereenkomst aangaan en uitvoeren, om ernstig nadeel voor de minderjarige te voorkomen. Daarbij kan in de context van het CSG gedacht worden aan een 14-jarige met klachten passend bij een soa die getest en behandeld wil worden, maar mogelijk gevaar loopt als de ouder(s) erachter komen dat ‘het kind’ seksueel actief is en die beslist niet wil dat de ouders worden geïnformeerd. De arts of verpleegkundig specialist beoordeelt dan per geval of er, in het kader van goed hulpverlenerschap, een uitzondering gemaakt moet worden qua wel of niet informeren van de ouders. De arts of verpleegkundig specialist legt dit vast in het medisch dossier (Artikel 7:448 j.o. artikel 7:450 Burgerlijk Wetboek; KNMG 2019: p.20-21).
- *Vanaf 16 jaar*. Een cliënt vanaf 16 jaar kan volledig zelfstandig de geneeskundige behandelingsovereenkomst aangaan. Hier is dus enkel de toestemming van cliënt, mits wilsbekwaam, voldoende (Artikel 7:450 Burgerlijk Wetboek). Als de cliënt niet wilsbekwaam is, dan zijn de regels die gelden voor cliënten tot 12 jaar van toepassing.

Dus bij ieder consult bij een cliënt ***onder de 16 jaar*** worden bij voorkeur de volgende drie zaken genoteerd in het medisch dossier:

- Wie is de gezaghebbende (beide ouders, één ouder, voogd, ect.)? Noteer dit eenvoudig, hoeft niet met naam en toenaam.

- Is de gezaghebbende van cliënt op de hoogte van het bezoek aan het CSG (ja/nee)?
- Mag contact worden opgenomen met de gezaghebbende?
    - Ja: contact opnemen in het kader van het uitvoeren van de behandelovereenkomst.
    - Nee: gesprek aangaan ter afweging of hier sprake is van een uitzonderingsgrond. Mocht er een uitzonderingsgrond zijn, deze ook noteren in het dossier.
    - Bij twijfel: overleg met de KNMG-artseninfolijn.

Een schriftelijke verklaring van de minderjarige is niet nodig hierbij. Mondelinge verklaring is voldoende, mits genoteerd in het dossier.

1.6.2 Vaccineren minderjarigen

Uitgangspunt is dat, als een minderjarige zonder of met een van de ouders komt, de toestemming van de (andere) ouder(s) of voogd verondersteld mag worden, ***tenzij*** die ouder(s) of voogd actief van tevoren hebben laten weten geen toestemming te geven voor de vaccinatie (bijvoorbeeld bij HPV-vaccinatie). In dat geval moet de arts, verpleegkundig specialist of verpleegkundige het kind (en de aanwezige ouder) vervangende toestemming laten vragen bij de rechtbank. Dit geldt voor preventieve vaccinaties, niet voor hepatitis B-PEP-vaccinatie na een seksaccident gelet op het spoedeisendere belang (KNMG-wegwijzer Toestemming en informatie bij behandeling van minderjarigen).

1.6.3 Recht op inzage medisch dossier minderjarigen

- Tot 12 jaar of wilsonbekwaam: gezaghebbende ouder(s) of voogd.
- Tussen 12 en 16 jaar en wilsbekwaam: gezaghebbende ouder(s)/of voogd én de minderjarige, tenzij het belang van het kind zich daartegen verzet of het kind hiertegen bezwaar maakt (goed hulpverlenerschap).
- Vanaf 16 jaar en wilsbekwaam: Alleen de minderjarige. Willen de ouders/voogd het dossier inzien, dan hebben zij toestemming van de minderjarige nodig (KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens).

1.6.4 Informeren van de huisarts

Overweeg contact op te nemen met de huisarts bij een minderjarige cliënt met complexere problematiek. Vraag toestemming aan de cliënt om de huisarts op de hoogte te brengen. Benadruk het beroepsgeheim. Als de cliënt geen toestemming of contactgegevens geeft voor het informeren van de huisarts, kan er geen overleg plaatsvinden.

1.7 Taken en verantwoordelijkheden per onderdeel van het consult

1.7.1 Triage

Niet iedereen heeft toegang tot de spreekuren seksuele gezondheid. De doelgroepen zijn duidelijk geformuleerd in de ASG-regeling. Met de triagering wordt beoogd dat alleen de doelgroepen op het spreekuur gepland worden en dat bepaald wordt op welke termijn de cliënt gezien moet worden en door welke professional (arts, verpleegkundig specialist, PA, verpleegkundige, doktersassistent) de cliënt wordt geholpen.

Indien de triagist medisch-inhoudelijke vragen stelt aan degene die een consult wenst, behoort de triagist medisch geschoold te zijn, minimaal op het niveau van doktersassistent met daarbij bijscholing specifiek gericht op triage. Het internettriagesysteem bevat disclaimers ten aanzien van het risico om met mogelijk soa-gerelateerde klachten een consult te boeken via internet. In een aantal situaties consulteert de triagist in elk geval de arts, verpleegkundig specialist, PA of een verpleegkundige die in staat is een medisch-inhoudelijke afweging te maken (zie deeldraaiboek 5).

1.7.2 Hulpvraag

Cliënten zonder klachten en cliënten die geïnformeerd zijn over een (mogelijke) soa middels partnernotificatie (zonder klachten) kunnen door de verpleegkundige zelfstandig gezien worden. Bij dit consult vindt – met uitzondering van syfiliswaarschuwingen (zie LCI-draaiboek Partnermanagement) – geen lichamelijk onderzoek plaats en kan worden volstaan met monsterafname. Er dienen minimaal twee medewerkers tijdens het spreekuur aanwezig te zijn, o.a. om elkaar te kunnen helpen bij eventuele calamiteiten. Een arts, verpleegkundig specialist of PA dient bereikbaar te zijn voor overleg, telefonisch of op locatie.

Cliënten met soa-gerelateerde klachten worden in principe door een arts, verpleegkundig specialist of PA gezien en (zo nodig) onderzocht. Deze cliënten kunnen ook gezien en onderzocht worden door een verpleegkundige seksuele gezondheid, mits die daarvoor getraind is en bekwaam is verklaard. De consulten vinden plaats in aanwezigheid en onder supervisie van een arts, verpleegkundig specialist of PA. Dit betekent dat er in principe een supervisor op de locatie aanwezig moet zijn, die zo nodig mee kan kijken.

In de volgende gevallen consulteert de verpleegkundige in elk geval – tenzij anders vastgelegd in lokale werkafspraken – de arts, verpleegkundig specialist of PA:

- voor het stellen van een diagnose;
- medisch beleid bij klachten;
- medisch beleid bij personen met een partnernotificatie t.b.v. behandeling;
- afwijkingen bij lichamelijk onderzoek;
- wanneer behandeling geïndiceerd is;
- bij een seksaccident dat minder dan 7 dagen geleden heeft plaatsgevonden;
- wanneer verwijzing gewenst is.

1.7.3 Seksualiteitshulpvraag

Verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, PA's en artsen voeren zelfstandig consulten uit bij een hulpvraag op het gebied van seksualiteit, mits daartoe geschoold conform het Kwaliteitsprofiel hulpverlening seksuele gezondheid in het kader van de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg. Deze zorg richt zich op jongeren onder de 25 jaar. Het doel hiervan is signalering, advisering, consultatie en zo nodig adequate verwijzing.

In de volgende gevallen consulteert de verpleegkundige in elk geval – tenzij anders vastgelegd in lokale werkafspraken – de arts, verpleegkundig specialist of PA:

- bij ingewikkelde problematiek, zoals bij psychische/psychiatrische problemen, mogelijke wilsonbekwaamheid en een (vermoeden van) licht verstandelijke beperking;
- bij interacties met medische problematiek of medicatiegebruik;
- in geval van contra-indicaties voor een vorm van anticonceptie of bij klachten door orale anticonceptie;
- indien lichamelijk onderzoek mogelijk geïndiceerd is;
- indien verwijzing is gewenst;
- bij recente ongewenste seksuele ervaringen waarbij er sprake is van een seksaccident (minder dan 7 dagen geleden);
- bij alle consulten met een abortuswens en bij verwijzing naar een abortuskliniek;
- bij alle recepten die verstrekt worden voor anticonceptie;
- bij alle cliënten onder de 16 jaar in verband met juridische kanten (overleggen met arts).

1.7.4 Diagnostiek

Bij het merendeel van de bezoekers van het CSG wordt laboratorium-diagnostiek ingezet. Het testbeleid op een CSG is uitgewerkt in deeldraaiboek 6. Zelfafname (urine, vaginaal, anaal, oraal) door de cliënt is de standaard. Bloedafname, en instructies voor urinemonsters en zelfswabs worden door de zorgverlener (doktersassistent, verpleegkundige, verpleegkundig specialist, PA of arts) verzorgd. Indien na lichamelijk onderzoek een uitstrijk uit een ulcus, blaasjes en/of huiduitslag is gewenst, wordt dit door de zorgverlener afgenomen.

1.7.5 Uitslagen

De arts, verpleegkundig specialist of PA is verantwoordelijk voor het beoordelen van uitslagen van laboratoriumdiagnostiek aan de kant van het CSG. Positieve uitslagen dienen altijd door een arts, verpleegkundig specialist of PA te worden beoordeeld voordat een cliënt de uitslag te horen krijgt en zo nodig aanvullende advisering en behandeling plaatsvindt. Tevens dienen er afspraken te zijn gemaakt over negatieve uitslagen die altijd door een arts, verpleegkundig specialist of PA beoordeeld moeten worden. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een negatieve VDRL/RPR-uitslag (zie deeldraaiboek 6, paragraaf 6.6). Verder is de arts specifiek verantwoordelijk voor het melden bij meldingsplichtige ziekten.[4]

1.7.6 Behandeling

Cliënten worden primair behandeld volgens de LCI-richtlijn van de betreffende soa. Behandeling geschiedt op basis van de vastgestelde soa of de anamnese, klachten en afwijkingen bij lichamelijk onderzoek tijdens het consult (zie deeldraaiboek 7).

De arts, verpleegkundig specialist of PA bepaalt de indicatie voor behandeling en schrijft zo nodig een recept voor. Een verpleegkundige kan, mits daarvoor bekwaam verklaard, de medicatie verstrekken dan wel de behandeling uitvoeren, in samenhang met het bespreken van de partnernotificatie. Een doktersassistent kan, mits bekwaam, laagcomplexe behandelconsulten

[4] Artikelen 21 tot en met 23 Wet publieke gezondheid spreken uitsluitend over een arts die deze melding doet.

uitvoeren bij cliënten indien daartoe in de breedte van de eisen aan een behandelconsult bekwaam verklaard door de eindverantwoordelijk arts.[5]

1.7.7 Vaccinatie tegen hepatitis B

De doelgroepen MSM, sekswerkers en trans personen die binnen de doelgroep vallen kunnen preventief en kosteloos gevaccineerd worden tegen hepatitis B bij het CSG (zie Draaiboek Hepatitis B-vaccinatieprogramma risicogroepen). De indicatie voor een vaccinatieserie kan volgens protocol door de verpleegkundige gesteld worden. Contra-indicaties voor vaccinatie en allergieën moeten uitgevraagd en geregistreerd worden. Indien hiervan sprake is, dient overleg met een arts, verpleegkundig specialist of PA plaats te vinden. Bij personen met hiv kan de indicatiestelling van hepatitis B-vaccinatie kan gedaan worden door zowel de hiv-behandelaar als door de zorgverlener van de GGD, wel dient het CD4-getal bekend te zijn voor de start van de vaccinatie (zie Personen met hiv vaccineren binnen het Vaccinatieprogramma hepatitis B-risicogroepen). De eerste vaccinatie wordt door de verpleegkundige of doktersassistent gegeven. De doktersassistent kan ook de vervolgvaccinaties en titerbepaling na vaccinatie uitvoeren.

1.7.8 Spreekuurlocaties zonder aanwezigheid arts, verpleegkundig specialist of PA

GGD'en kunnen ervoor kiezen een deel van de ASG-zorg uit te voeren op locaties zonder aanwezigheid van een arts, verpleegkundig specialist of PA. Deze spreekuren zijn beperkt tot het testen van asymptomatische cliënten en/of het geven van informatie en voorlichting. Een supervisor is te allen tijde bereikbaar voor (telefonisch) overleg. Indien tijdens het consult toch sprake blijkt te zijn van klachten of gecompliceerde problematiek wordt, conform het regionale triage- en behandelprotocol en/of in overleg met de achterwacht, het advies gegeven op een spreekuur met arts, verpleegkundig specialist of PA terug te komen. Wel kunnen er op de spreekuurlocaties vaccinaties (HAV en HBV) worden gegeven, mits er geen contra-indicaties of allergieën aangegeven worden.

1.8 Verantwoordelijkheid medewerkers

Zie het Kwaliteitsprofiel hulpverlening seksuele gezondheid in het kader van de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg voor een specifieke taakverdeling tussen de zorgprofessionals op het CSG.

1.9 Bekwaamheidsverklaringen

Bekwaamheidsverklaringen leggen vast dat medewerkers bekwaam en bevoegd zijn voor de professionele handelingen die zij uitvoeren. Deze bekwaamheidsverklaringen moeten herzien worden volgens de cyclus die daarvoor op de betreffende GGD geldig is. Daarnaast is het uiteraard ook de verantwoordelijkheid van een afdelingshoofd dat medewerkers bekwaam kunnen worden en blijven middels scholing en toetsing.

[5] Het uitvoeren van een ASG-spreekuur behoort conform het Kwaliteitsprofiel ASG niet tot de taken van een doktersassistent. Een GGD waar dit wel het geval is, heeft de volgende zaken vastgelegd en geregeld: aanwezigheid van een arts tijdens het doktersassistentenspreekuur, duidelijke werkafspraken t.a.v. opleidingseisen, triage en consultuitvoer. Daarbij moet rekening gehouden worden met het doel van de ASG-regeling: bij hoogrisicogroepen maximaal bijdragen aan soa-bestrijding en seksuele gezondheid door middel van het koppelen van curatie aan (individuele) preventie.

Bekwaamheidsverklaringen moeten primair door de arts ondertekend worden nadat er een objectieve toetsing is uitgevoerd op zowel de benodigde kennis als kunde. In het vervolg – bijvoorbeeld als de bekwaamheidsverklaring is verlopen – kan een andere BIG-geregistreerde collega (zoals een verpleegkundige) ook de bekwaamheidsverklaring toetsen en tekenen. De medewerker is er zelf verantwoordelijk voor om aan te geven als hij/zij niet (meer) bekwaam is of de bekwaamheidsverklaring is verlopen.

2. Gespreksvoering consult seksuele gezondheid

Vastgesteld LOI-SG: 3 december 2024

Inhoud deeldraaiboek 2

2.1 Inleiding 19
2.2 De stappen van een gesprek 19
2.2.1 Welkom en introductie van het gesprek 19
2.2.2 Anamnese 20
2.2.3 Samenvatting 21
2.2.4 Counselend gesprek 21
2.2.5 Bepalen verdere beleid 21
2.2.6 Afronding en registratie 21
2.2.7 Verwijzen 21
2.3 Counseling volgens motiverende gespreksvoering 22
2.3.1 Gespreksmodel 22
2.3.2 Grondhouding 23
2.3.3 Communicatiestijl 23
2.3.4 Gedragsverandering 23
2.3.5 Taken 23
2.3.6 Informatie en advies geven 24
Referenties 24

2.1 Inleiding

Alle zorg die een Centrum Seksuele Gezondheid biedt, is gebaseerd op een gesprek met de cliënt. Deze gespreksvoering is gestoeld op de principes van motiverende gespreksvoering (zie de handleiding Counseling volgens motiverende gespreksvoering). Hierdoor levert de professional in alle cliëntcontacten een maximale bijdrage aan het individuele proces om gezonde keuzes te maken ten aanzien van seksueel gedrag. Dit deeldraaiboek beschrijft de randvoorwaarden, uitgangspunten en een samenvatting van de structuur van het gesprek.

2.2 De stappen van een gesprek

2.2.1 Welkom en introductie van het gesprek

Dit onderdeel van de gespreksvoering is zowel voor de cliënt als de professional belangrijk. Je start de samenwerkingsrelatie en de wederzijdse verwachtingen worden besproken Het is het vertrekpunt dat de rest van het gesprek bepaalt.

Hierbij zijn de volgende zaken van belang:

- Zorg voor een rustige ruimte waar anderen niet kunnen storen of meeluisteren.
- Neem de tijd om contact te maken met cliënt, stel de cliënt op diens gemak.

- Introduceer jezelf, leg uit wat je doet en wat de bedoeling is van het gesprek en hoeveel tijd je beschikbaar hebt voor dit consult.
- Leg uit dat je een dossier aanmaakt. Dit dossier blijft op het Centrum Seksuele Gezondheid en wordt met niemand anders gedeeld tenzij de cliënt toestemming geeft.
- Overleg met je cliënt en noteer in het dossier hoe degene aangesproken wil worden: wel of niet tutoyeren, welk persoonlijk voornaamwoord heeft de voorkeur?
- Heb aandacht voor de cliënt en vraag aan de cliënt hoe die erbij zit.
- Sluit aan bij het taalgebruik van de cliënt, wees duidelijk en expliciet in de vragen die je stelt.
- Stel samen de agenda vast voor het gesprek.

In de agenda van het gesprek bepaal je samen met de cliënt wat het doel is van het gesprek en waarover gesproken wordt. Beide partijen hebben eigen agendapunten. Vraag altijd expliciet waaraan de cliënt aandacht wil besteden in het gesprek. Als er veel op de agenda staat, bepaal dan samen wat wel en wat niet wordt besproken. Als er een volgend gesprek nodig is, spreek je af wat daarin aan de orde zal komen.

Geef van tevoren aan hoe het consult eruitziet, hoeveel tijd er beschikbaar is en wat de structuur van het gesprek is. Vraag of je cliënt hiermee instemt. Met het vragen naar toestemming wordt er een ‘contract’ tussen jou en je cliënt gesloten, gebaseerd op overeenstemming.

2.2.2 Anamnese

Het afnemen van de anamnese dient verschillende doelen, namelijk:

- Het verhelderen van de hulpvraag en eventuele klachten. En het in kaart brengen van de (relevante) medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik en allergieën.
- Het signaleren van kansen om (individuele) preventie te bespreken. De aanleiding voor het gesprek kan een andere zijn dan de hulpvraag. Bij iedereen wordt geïnventariseerd of er hulpvragen zijn op andere terreinen van seksuele gezondheid dan de eerste hulpvraag.
- Het in kaart brengen van het seksueel gedrag van de cliënt, waarbij gegevens verzameld worden voor registratie in het medisch dossier en voor surveillance en monitoring.

Een anamnese afnemen is een cyclisch proces; bij onderdelen van het consult wordt de anamnese opnieuw uitgevoerd met (deels) andere accenten, bijvoorbeeld bij het gesprek over partnernotificatie, behandeling of counseling.

Het elektronisch patiëntendossier (EPD) kan de anamnese ondersteunen. Bijvoorbeeld omdat je kunt terugkijken in de geschiedenis van je cliënt. In het EPD zitten “verplichte” en facultatieve vragen. Deze vragen kunnen je helpen alle informatie die je nodig hebt op te halen.

Het is de uitdaging om niet te snel informatie te willen verzamelen door de gesloten vragen uit het EPD aan je cliënt te stellen. Stel open en belangstellende vragen en laat je cliënt vertellen. Formuleer je vragen sekspositief, gericht op een gezond seksleven. Vraag door op punten die ook op jouw vragenlijst staan. Je cliënt voelt zich zo gehoord, begrepen en geaccepteerd, en is vaak meer bereid open te praten over onderwerpen die wat lastiger zijn.

2.2.3 Samenvatting

In deze fase van het gesprek is het belangrijk om een samenvatting te maken van het gesprek tot op dat moment. Je kunt aftasten bij je cliënt of alles begrepen is en de benodigde informatie compleet en juist is. Eventuele onduidelijkheden bij je cliënt worden zo ook zichtbaar.

Vat de essentie van de anamnese samen en benoem daarbij:

- de reden van iemands komst;
- een samenvatting van iemand seksueel gedrag;
- de belangrijke gesprekstheme's die je cliënt heeft aangedragen.

Hiermee sluit je de anamnese af. Je laat daarmee zien goed te hebben geluisterd. En je cliënt heeft de mogelijkheid om diens verhaal aan te vullen of aan passen.

2.2.4 Counselend gesprek

Na de samenvatting beslis je samen met je cliënt welke onderwerpen er nog meer besproken gaan worden. Het gesprek tijdens een consult publieke seksuele gezondheid maakt waar mogelijk en nuttig gebruik van motiverende gesprekstechnieken (zie § 2.3). Als de cliënt nog behoefte heeft aan een vervolggesprek of meer informatie over seksuele gezondheid, dan kun je een vervolgafspraak maken.

2.2.5 Bepalen verdere beleid

Aan het eind van het gesprek wordt, in samenspraak met de cliënt, het verdere beleid besproken. Hierin leg je uit wat de vervolgstappen zullen zijn en waarom.

2.2.6 Afronding en registratie

Bij afronding en de registratie van een gesprek check je nogmaals of de verkregen informatie overeenstemt met de besproken hulpvraag van de cliënt en vervolgens of de cliënt alle afspraken goed heeft begrepen. Tot slot zorgt de professional ervoor dat alles helder en volledig in het EPD wordt geregistreerd. Noteer ook wat besproken is tijdens het counselingsonderdeel. Jij of je collega kunnen hier dan mee verdergaan bij een eventueel volgend contact.

Samenvattend:

- Vraag de cliënt of het akkoord is om het gesprek af te ronden en of hetgeen besproken is duidelijk is.
- Geef de cliënt de gelegenheid vragen te stellen.
- Maak, indien nodig, een vervolgafspraak.
- Regel, indien nodig, een verwijzing/consultatie met een arts of collega.
- De rapportage in het EPD moet in het belang van een vervolgafspraak en/of doorverwijzing volledig zijn.
- Sluit het gesprek af.

2.2.7 Verwijzen

Bij elke verwijzing is een complete en gerichte rapportage nodig. Vraag de cliënt om toestemming om door te verwijzen en leg de lokale en regionale procedures uit. Bespreek het belang hiervan en wat de mogelijke consequenties zijn ten aanzien van anonimiteit en kosten. Het belang van de cliënt staat bij elke verwijzing voorop. Een 'warme verwijzing' heeft bij ernstige problematiek of risico's voor de volksgezondheid altijd de voorkeur.

Hierbij maak je, in het bijzijn van en met toestemming van de cliënt, op korte termijn een afspraak bij de andere professional of instelling. Een tevreden cliënt die een warme verwijzing krijgt, zal zich eerder laten behandelen; daarmee heeft de verwijzing tevens een publiek belang.

2.3 Counseling volgens motiverende gespreksvoering

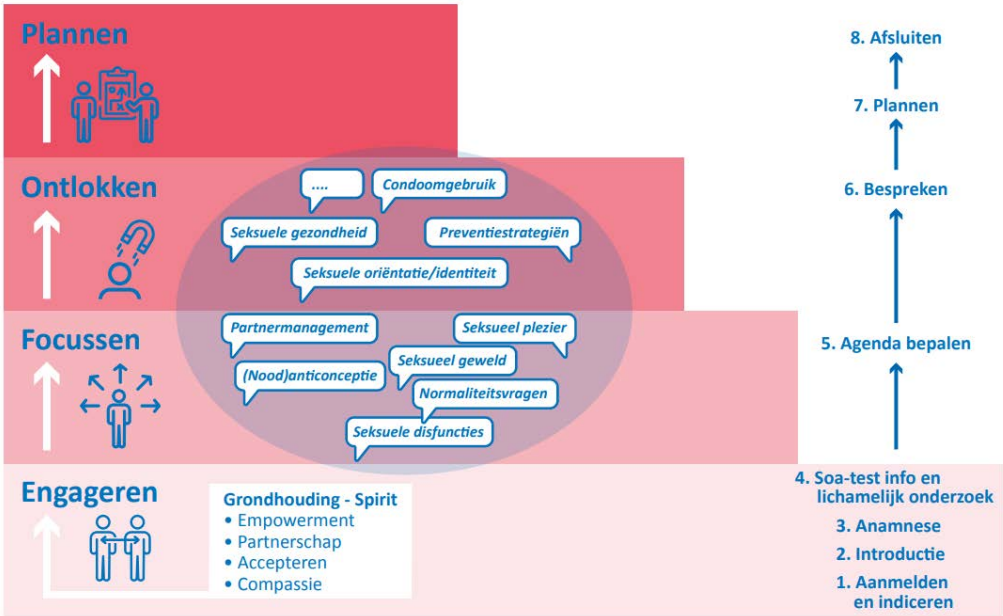
2.3.1 Gespreksmodel

Het gespreksmodel 'consult seksuele gezondheid' biedt de professional een eenduidige gesprekstructuur met aanknopingspunten uit de gedragswetenschappen voor het aanbieden van counselingsgesprekken op maat. Dit is een behulpzame en veelgebruikte gespreksmethode gericht op gedragsverandering.

De handleiding Counseling volgens motiverende gespreksvoering gaat hier dieper op in. De handleiding geeft een compleet overzicht van de motiverende gespreksvoering, toegespitst op de praktijk van seksuele gezondheid en de soa- en hiv-bestrijding.

In elke regio zijn coaches motiverende gespreksvoering actief die professionals in de publieke seksuele gezondheid ondersteunen in het effectief toepassen van motiverende gespreksvoering.

Figuur 2.1 Gespreksmodel consult seksuele gezondheid.



Het gespreksmodel onderscheidt acht stappen in het consult: van aanmelden en indiceren t/m afsluiten (zie figuur 2.1). In alle onderdelen worden principes van motiverende gespreksvoering toegepast. Motivatie is een dynamisch proces en aan verandering onderhevig. De motivatie van een persoon is beïnvloedbaar in een gesprek. De grondleggers van de motiverende gespreksvoering splitsen motivatie uit in drie componenten: bereidheid, capaciteit en gereedheid:

- willen: het belang van verandering inzien (bereidheid);
- kunnen: vertrouwen hebben in verandering (capaciteit);
- klaar zijn: het stellen van prioriteiten (gereedheid).

2.3.2 Grondhouding

Motiverende gespreksvoering is samenwerking. De professional is vakdeskundige en de cliënt is ervaringsdeskundige. Deze expertises vullen elkaar aan. Als professional laat je het idee los dat jij de antwoorden én de oplossingen hebt die het beste werken voor je cliënt.

De professional erkent dat de cliënt beschikt over eigen en van nature aanwezige krachten, motivatie en mogelijkheden. Deze helpende kwaliteiten moeten in een consult worden aangesproken, naar boven gehaald en geactiveerd. Dit betekent dat je op niet-veroordelende wijze het gedrag van je cliënt probeert te begrijpen.

De sekspositieve benadering past binnen de grondhouding van motiverende gespreksvoering. In deze benadering staan seksueel plezier en eigen keuzes centraal. Cliënten nemen op basis van de juiste kennis zelf beslissingen over seksualiteit en relaties, stellen eigen wensen en grenzen vast, en praten hier open over met sekspartner(s).

2.3.3 Communicatiestijl

De communicatiestijl die past bij deze grondhouding is gidsen. Het zit tussen een directieve communicatiestijl, wanneer je meer stuurt in een gesprek, en het volgen van je cliënt tijdens het gesprek, waarbij je je neutraal opstelt. Je schakelt soepel tussen de ene stijl en de andere, afhankelijk van de situatie en de behoefte van je cliënt.

2.3.4 Gedragsverandering

Motiverende gespreksvoering gaat uit van ambivalentie als eerste stap naar verandering van gedrag. Of dit gedrag nu condoomgebruik, anticonceptie-gebruik of het informeren van partners is. De gedragsverandering zal niet van het ene op het ander moment plaatsvinden, maar het gesprek kan de cliënt wel een duwtje in de rug geven. De zgn. ‘ORBS+I’ gesprekstechnieken (ontlokken door open vragen stellen; reflecterend luisteren; bevestigen; samenvatten; informatie geven met toestemming) kunnen de cliënt helpen het gewenste gedrag te gaan uitvoeren.

2.3.5 Taken

Motiverende gespreksvoering gaat uit van vier taken: engageren, focussen, ontlokken en plannen (zie figuur 2.1). Het aangaan van een samenwerkings-relatie (of ‘*engageren*’) is een voorwaarde voor alles wat erop volgt. Vervolgens bepaalt de professional samen met de cliënt de richting van het gesprek over de seksuele gezondheid: ‘*focussen’*. Het proces van ‘*ontlokken’* is een van de kernelementen van motiverende gespreksvoering. De cliënt wordt gestimuleerd om zelf argumenten voor verandering te verwoorden. Een centraal begrip in de taak van ontlokken is verandertaal. Het is belangrijk om verandertaal te herkennen, te ontlokken en te reageren op verandertaal zodat deze versterkt wordt. Hierbij maakt de professional onder meer gebruik van het uitvragen van ambivalentie. De professional ondersteunt de cliënt en helpt de voor- en nadelen van het huidige gedrag én van de gedragsverandering in te zien. Na het ontlokken van motivatie om te veranderen, is het tijd om een veranderplan te maken: ‘*plannen’*. De cliënt wordt ondersteund bij het maken van een veranderplan.

2.3.6 Informatie en advies geven

De professional ondersteunt, benadrukt en respecteert de keuzevrijheid van de cliënt en zet de behoeften van de cliënt centraal. Zo geeft de professional alleen informatie na gecheckt te hebben of de cliënt daar open voor staat. Het geven van informatie en advies gaat volgens de VAV-strategie (vraag-adviseer-vraag): vraag “toestemming” om informatie te geven, verstrek objectieve informatie, en vraag naar een reactie van de cliënt daarop.

Referenties

- Soa Aids Nederland 2024. Counseling volgens motiverende gespreksvoering: handleiding voor het consult seksuele gezondheid.

3. MSM-advisering

Vastgesteld LOI-SG: 13 januari 2026

Wijzigingen sinds vaststelling:

- Oktober 2026: Het advies over het desinfecteren van speeltjes is aangepast conform het advies van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV).

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 31
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, aseksueel). 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 vermijding 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 onbeschermde 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 te behandelen met een middel dat in Nederland is toegelaten. Controleer op het etiket van het desinfectiemiddel of er een toelatingsnummer op staat. Dit kunnen 5 cijfers met N erachter zijn of de letters ‘EU’ of ‘NL’ met daarachter 11 cijfers. Twijfelt u? Neem dan contact op met een deskundige van de GGD.

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). Frequente 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 abcessen 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 of 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 anuskanker door HPV zijn anale seks, hiv-positiviteit en het gebruik van immunosuppresiva. 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 bloedoverdraagbare soa's vergroten door slijmvlies-beschadigingen.
- 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 imuuunreactie 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. 2025. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2024. RIVM-rapport 2025-0009. Bilthoven: Rijkinstituut 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 lhbti: 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.

4. Sekswerker advisering

Vastgesteld LOI-SG: 1 november 2016.

Wijzigingen sinds vaststelling:

- December 2018: hyperlinks naar draaiboek Partnermanagement geactualiseerd.

Inhoud deeldraaiboek 4

4.1 Sekswerk en kwetsbaarheden 35
4.2 Het consult seksuele gezondheid bij een sekswerker 36
4.2.1 Soa-onderzoek 36
4.2.2 Op locatie 36
4.2.3 Counseling 36
4.2.4 Partnermanagement 37
4.3 Aandachtspunten en specifieke adviezen 38
4.3.1 Mannelijke sekswerkers/transgenders 38
4.3.2 Migranten 38
4.3.3 Werkzaam in niet-legale prostitutie 38
4.3.4 Condoomfalen 38
4.3.5 Gebruik van alcohol en drugs 38
4.3.6 Beroepsgerelateerde gezondheidsrisico's 39
4.3.7 Werken tijdens de menstruatie 39
4.3.8 Werken met soa/hiv 39
4.3.9 Vaginale hygiëne 39
4.3.10 Anticonceptie 40
Referenties 40

4.1 Sekswerk en kwetsbaarheden

Sekswerkers hebben een verhoogd risico op (transmissie van) soa en hiv vanwege multipele sekspartners en een verhoogd risico op inconsistent condoomgebruik, vaak door onwillige klanten, dwang of extra bijverdiensten. Sekswerkers hebben relatief vaak ook een ander risicoverhogend kenmerk: druggebruik, MSM, migranten uit soa-endemisch gebied (geoperationaliseerd als Turkije, Afrika, Latijns-Amerika inclusief Suriname en de voormalige Nederlandse Antillen, Azië, Oost-Europa) of klanten uit soa-endemisch gebied (WHO 2014). Een betrouwbaar beeld van het vóórkomen van soa bij sekswerkers en prostituanten is ingewikkeld, mede omdat een deel van deze populatie betaalde seks niet openbaart tijdens een consult. Op de CSG's lijkt het vindpercentage van soa onder vrouwelijke sekswerkers stabiel met een trend naar meer gonorroe, vooral ook orofaryngeaal (Verscheijden 2015).

Het traditionele beeld van sekswerkers is een vrouw achter het raam. De werkelijkheid is echter divers en steeds minder zichtbaar. De afgelopen jaren zien we een verplaatsing van het zichtbare, vergunde circuit naar de vaak onzichtbare en moeilijk bereikbare niet-legale prostitutie (Nijkamp 2014). De

aangepaste wet- en regelgeving, het sluiten door gemeenten van ramen en bordelen zorgt ervoor dat steeds minder sekswerkers zich thuis voelen binnen het vergunde circuit. De kwetsbaarheid voor soa- en hiv-infectie van sekswerkers wordt vergroot doordat ze buiten het zicht van GGD en andere instanties aan het werk zijn en daardoor niet of minder bereikbaar zijn voor voorlichting, preventie en zorg. Bovendien verzwakt het de onderhandelingspositie met betrekking tot condoomgebruik van sekswerkers wanneer zij in een niet-legale setting werken (Goldenberg 2015).

4.2 Het consult seksuele gezondheid bij een sekswerker

4.2.1 Soa-onderzoek

Voor sekswerkers wordt het draaiboek gevolgd (zie deeldraaiboek 6). Het advies is om minimaal 2 keer per jaar te testen op alle soa op alle lichaamslocaties. Naar aanleiding van de individuele risico-anamnese kan het advies zijn frequenter te testen. Mannelijke en transseksuele sekswerkers wordt geadviseerd zich 4 keer per jaar te laten testen op alle soa op alle lichaamslocaties. Het belang van hepatitis B-vaccinatie wordt besproken en er wordt vaccinatie aangeboden. Bij transseksuelen in transitie moeten de nog bestaande vagina en de neovagina niet vergeten worden.

Belangrijk blijft dat sekswerkers goed op de hoogte zijn van het advies om, naast regelmatige controle op soa, ook te testen bij klachten, bij specifiek verhoogd risico en na waarschuwing van sekspartner (vaste of klant). Bij specifiek risico, zoals onbeschermde seks of condoomfalen bij een klant die mogelijk hiv-geïnfecteerd is, kan extra onderzoek nodig zijn en wordt het LCI-draaiboek Seksaccidenten gevolgd.

4.2.2 Op locatie

Een belangrijke taak van de GGD in het kader van de seksuele gezondheid is het bezoeken van locatiegebonden, vergunde prostitutiebedrijven. Een goede frequentie hiervoor is viermaal per jaar om daarmee sekswerkers in staat te stellen minimaal tweemaal per jaar soa-onderzoek te laten doen en nieuwe sekswerkers met hepatitis B-vaccinatie, informatie en soa-onderzoek te benaderen. Belangrijk is om een regionale risico-inventarisatie te maken van de verschillende locatiegebonden seksbedrijven met aandacht voor de toegankelijkheid van de zorg voor sekswerkers. Er zijn sekswerkers die niet locatiegebonden werken, zoals thuiswerkers of mannelijke sekswerkers die klanten via internet ontmoeten. De groepen die geen gebruik kunnen maken van soa-onderzoek op locatie en een drempel ervaren bij de reguliere zorg kunnen bereikt worden met informatie en advies over soa-onderzoek via internetveldwerk.

4.2.3 Counseling

Het reduceren van gezondheidsrisico's is een belangrijk gespreksonderwerp tijdens het consult seksuele gezondheid. De focus van gedragsverandering ligt bij sekswerkers op veilig werken; op correct en consistent condoomgebruik, onderhandelingsvaardigheden en regelmatige soa-controle. In gesprek met een sekswerker is een oordeelvrije houding essentieel om effectief te counselen.

Belangrijke aandachtspunten zijn:

- Het *beperken van het aantal sekspartners* is een lastige maatregel wanneer inkomsten afhankelijk zijn van het aantal partners. Belangrijk is het bespreken wat de invloed is van het soort contact op

condoomgebruik. Werk- of privécontact, vaste en losse klant, in een club met safe-seksbeleid of op straat kunnen bepalen of er condooms gebruikt worden.
- *Alternatieve sekstechnieken* kunnen ook voor sekswerkers een bijdrage leveren aan veiligere seks en toch hun klanten tevreden stellen.
- *Hygiënemaatregelen*, zoals de hygiëne van speeltjes, BDSM-materiaal en de werkomgeving, kunnen bijdragen aan een veiligere werkomgeving.

De vragen met betrekking tot de werkomstandigheden in het EPD bieden aanknopingspunten voor counseling en informatie. Anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de besproken gegevens moeten benadrukt worden. De cliënt is niet verplicht vragen over de werksituatie te beantwoorden. Leg uit dat deze vragen zijn opgenomen om zo de juiste zorg te kunnen verlenen.

De *werkomstandigheden*, zoals locatie, werkfrequentie en aantal klanten, hebben invloed op de onderhandelingspositie voor veilige (fysieke) werkomstandigheden. Er bestaan diverse vormen van sekswerk; van thuiswerk tot animeerbars, van massagesalons en escort tot nachtclubs. Inzicht in en oordeelvrije acceptatie van de wereld van sekswerkers vergemakkelijkt het gesprek.

Vragen over de *werktechnieken* bieden een ingang voor informatie en werkadvies op maat. Adequate bescherming (door condoomgebruik) hangt samen met de onderhandelingsvaardigheden van de sekswerker, diens economische positie, professionaliteit en werkomgeving, en de controle en machtsrelatie die de sekswerker heeft over zijn/haar klanten. Dit wordt beïnvloed door stigma. Zakelijk worden condooms veelal wel gebruikt; privé en met vaste klanten vaak niet (Verscheijden 2015). Hierdoor lopen sekswerkers in de privésfeer een risico op hiv, soa en ongewenste zwangerschap. In het wel of niet gebruiken van condooms zit voor een sekswerker de onderhandelingsruimte om iets extra's te verdienen.

Het risico op overdracht van soa's via pijpen zonder condoom is niet groot. Zonder klaarkomen wordt hiv niet overgedragen. Echter, gezien de frequentie van pijpen in sekswerk, de langzame stijging van gonorroe die gevonden wordt bij sekswerkers in Nederland (Verscheijden 2015), en de reële kans op een resistente gonorroe-infectie, is pijpen zonder condoom voor sekswerkers een risico. Dit geldt met name voor de overdracht van gonorroe en syfilis. Het advies aan de sekswerker blijft daarom om een condoom te gebruiken bij pijpen.

Breng samen met de cliënt in kaart wanneer het moeilijk is om condooms te gebruiken en onderzoek mogelijkheden voor verandering.

4.2.4 Partnermanagement

Het LCI-draaiboek Partnermanagement wordt ook bij sekswerkers gevolgd. Het contact tussen sekswerker en klant verloopt vaak anoniem en maakt daardoor partnerwaarschuwing vaak onmogelijk. Voordat er gewaarschuwd wordt, moet de mogelijkheid van geweld tegen de sekswerkers overwogen worden. Anonieme partnerwaarschuwing of door de hulpverlener heeft dan de voorkeur. Klanten waarschuwen via de exploitant of andere betrokkenen op de werkplek is niet toegestaan en schendt het recht op anonimiteit.

4.3 Aandachtspunten en specifieke adviezen

4.3.1 Mannelijke sekswerkers/transgenders

Aandachtspunten:

- meer soa/hiv onder MSM;
- anaal contact verhoogt risico;
- neovagina minder vochtig door hormoonbehandeling en omdat ze bestaat uit huid/slijmvlies van de oorspronkelijke penis/scrotum.

Advies:

- Viermaal per jaar soa-testen op alle lichaamslocaties inclusief neovagina.
- Zie ook de informatie over transseksuele prostitutie.
- Zie ook de informatie over soa-testen voor transgenders.

4.3.2 Migranten

Aandachtspunten:

- onbekend met zorg;
- illegaliteit en mogelijk geen ziektekostenverzekering;
- slechte onderhandelingspositie;
- taalbarrière.

Advies:

- Verlaag de drempel tot zorg door outreach.
- Aandacht voor toegang tot basisgezondheidszorg.
- Zet indien nodig een professionele tolk in.

4.3.3 Werkzaam in niet-legale prostitutie

Aandachtspunten:

- risico op dwang en uitbuiting;
- slechte onderhandelingspositie;
- toename geweld.

Advies:

- Zie Signalen van mensenhandel.

4.3.4 Condoomfalen

Aandachtspunten:

- Er zijn crèmes te koop in de prostitutiebranche, speciaal voor inwendig gebruik na een kapot condoom. Deze crèmes zijn niet werkzaam tegen transmissie van soa en vormen mogelijk een extra risico. Het wordt afgeraden deze crèmes te gebruiken.

Advies:

- Uitplassen en extra water drinken. De vulva wassen met lauw water. Niet inwendig spoelen of douchen; het sperma kan dan het lichaam in gespoeld worden en microlaesies in het slijmvlies kunnen eventuele transmissie van hiv of soa bevorderen.
- Denk ook aan PEP en anticonceptie.
- Bespreek mogelijke oorzaken van condoomfalen en adviseer om glijmiddel op water- of siliconenbasis te gebruiken bij vaginaal en anaal contact.

4.3.5 Gebruik van alcohol en drugs

Aandachtspunten:

- toename riskant gedrag, o.a. verminderde zelfzorg;
- drugsgebruik kan meer droogte tot gevolg hebben of leiden tot ruwere en langer durende seks; hierdoor is er een grotere kans op slijmvlieslaesies.

- verslechtering van de onderhandelingspositie;
- verminderde weerbaarheid;
- toename geweld.

Advies:

- Verlaag de drempel tot zorg door outreach.
- Aandacht tijdens counseling voor relatie alcohol/drugs en veilig werken.
- Bespreek drugshulpverlening.

4.3.6 Beroepsgerelateerde gezondheidsrisico's

Aandachtspunten:

- stigma op sekswerk kan leiden tot een dubbelleven;
- sekswerkers doseren informatie over zichzelf;
- onregelmatige werktijden, nachtwerk, slechte werkomstandigheden en werkrelaties kunnen stress veroorzaken;
- schulden.

Advies:

- Tijdens het consult dient er oog te zijn voor deze gezondheidsrisico's en sociaal-maatschappelijke problemen.
- Zo nodig doorverwijzen naar adequate maatschappelijke zorg.

4.3.7 Werken tijdens de menstruatie

Aandachtspunten:

- niet werken tijdens menstruatie betekent inkomstenverlies;
- risico soa/hiv tijdens menstruatie.

Advies:

- Gebruik alleen vaginale spons: eenmalig gebruik, niet langer dan 8 uur, condoom is nog steeds noodzakelijk. Niet in bad gaan met spons!

4.3.8 Werken met soa/hiv

Aandachtspunten:

- niet werken met een soa betekent inkomstenverlies.

Advies:

- Na de behandeling van soa te gaan werken als er geen risico op transmissie van soa is.
- Onderzoek samen met cliënt de mogelijkheden om minder risicovolle service aan te bieden voor deze periode. Voor specifieke adviezen per soa raadpleeg de informatie over werken met een soa.

4.3.9 Vaginale hygiëne

Aandachtspunten:

- Het inwendig spoelen van de vagina is een veelvoorkomende praktijk onder sekswerkers. Dit kan het slijmvlies beschadigen, waardoor de kans op soa's vergroot wordt.
- In sommige culturen is 'droge seks' gangbaar. Droge seks is seks waarbij de penetratie plaatsvindt zonder glijmiddel en zonder dat de vagina van de vrouw vochtig is. Dit verhoogt de kans op wondjes.
- Het inbrengen van kruiden en vaginale stoombaden kan het vaginaslijmvlies beschadigen.

Advies:

- Het advies is om de vagina niet te spoelen of te stomen.
- Zie de factsheet Informatie voor sekswerkers over vaginale hygiëne.

4.3.10 Anticonceptie

Aandachtspunten:

- Alle anticonceptiemethoden (inclusief IUD) zijn geschikt voor sekswerkers.
- Eigen bijdrage of geen ziektekostenverzekering kan een drempel zijn om anticonceptie te gebruiken.

Advies:

- Tijdens bespreken rekening houden met de mogelijk onregelmatige leefstijl die niet past bij consequent pilgebruik.
- Alleen condoomgebruik biedt onvoldoende bescherming tegen zwangerschap.
- Denk aan MAP wanneer er niet structureel anticonceptie gebruikt wordt.

Referenties

- Goldenberg SM, Duff P, Krusi A 2015. Work environments and HIV prevention, a qualitive review and metasynthesis of sex worker naratives. BMC Public Health 15:1241.
- Nijkamp R, Sijtstra M, Snippe J, Bieleman B 2014. Verboden rood in beeld, onderzoek aard en omvang niet-legale prostitutie in 2014. Groningen/Rotterdam: Intraval.
- Verscheijden MMA, Woestenberg PJ, Götz HM, van Veen MG, Koedijk FDH, van Benthem BHB 2015. Sexually transmitted infections among female sex workers tested at STI clinics in the Netherlands, 2006-2013. Emerg Themes Epidemiol 12:12.
- WHO 2014. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.

5. Triage soa-testen

Vastgesteld LOI-SG: 25 juni 2024

Inhoud deeldraaiboek 5

5.1 Prioritering doelgroepen 41
5.2 Termijn 43
5.2.1 Urgentiebepaling 43
5.2.2 Soa-gerelateerde klachten 44
5.2.3 Seksaccidenten inclusief seksueel geweld in de afgelopen 7 dagen 45
5.2.4 Seksueel geweld meer dan 7 dagen geleden 45
5.2.5 Cliënten met partnernotificatie 45
5.2.6 Noodanticonceptie en mogelijk ongeplande zwangerschap 46
5.2.7 Antibioticagebruik en soa-testen 46

5.1 Prioritering doelgroepen

Triage is het proces waarin wordt beoordeeld of de cliënt voldoet aan de indicatiecriteria van het CSG en, indien dit het geval is, welke urgentie de hulpvraag heeft. Elke keuze ten aanzien van de triagering en prioritering van doelgroepen moet onderbouwd zijn met argumenten ten aanzien van de doelen binnen de publieke gezondheidszorg. De ASG-regeling is aanvullend op de reguliere soa-zorg die door de eerste en tweede lijn geleverd wordt en is specifiek gericht op groepen met hoog risico op een soa. Hieronder volgt een opsomming van uitgangspunten die van belang zijn in de prioritering van cliënten/doelgroepen om het doel van de ASG-regeling te behouden: maximaal bijdragen aan soa-bestrijding en seksuele gezondheid binnen de doelgroepen.

Met betrekking tot soa-dynamiek:

- Soa-epidemiologie: een hoger vindpercentage soa's gerelateerd aan groep of gedrag.
- Soa-transmissie: groepen en individuen met meerdere wisselende sekspartners in een beperkte tijdsperiode en/of risicovoller seksueel gedrag (bijvoorbeeld anaal contact) dragen meer bij aan soa-transmissie. Idem groepen waar ernstige soa's of diverse soa's tegelijkertijd circuleren.
- Key-populations of 'brugfunctie': vanuit de infectieziektebestrijding is bekend dat groepen als brug kunnen functioneren voor verspreiding van infectieziekten/soa's naar de algemene bevolking.

Met betrekking tot afzonderlijke soa's:

- Ziektelast: sommige soa's hebben ernstiger consequenties en zijn belangrijker om op te sporen.
- Behandeleffect: heeft behandelen een toegevoegde waarde? Zo niet, dan is het goed om af te wegen of testen dan wel een meerwaarde heeft.

Met betrekking tot kenmerken individu:

- Personen met een grotere kans op complicaties op de langere termijn (bijvoorbeeld personen met een eerder doorgemaakte soa in het verleden).
- Personen met een achterstand op het vlak van kennis, competenties of toegang tot zorg.

Met betrekking tot effect:

- Kosteneffectiviteit: de ASG-zorg moet op doelmatige wijze de soa-problematiek verminderen en bijdragen aan seksuele gezondheid.
- Zinnige zorg: diverse onderzoeken betwijfelen of laagdrempelig testen de prevalentie van een aantal soa's (zoals chlamydia en gonorroe) verlaagt (Kenyon 2023).

In het algemeen is er de volgende prioriteit te geven in de doelgroepen van publieke soa-zorg:

- personen met een partnernotificatie voor een soa (=de i.h.k.v. partnermanagement ingelichte sekspartners van een indexcliënt);
- personen met soa-gerelateerde klachten;
- transgender personen;
- MSM;
- sekswerkers;
- personen afkomstig uit een gebied met een hoge prevalentie van hiv en/of hepatitis B (geoperationaliseerd als Turkije, Afrika, Latijns-Amerika inclusief Suriname en de voormalige Nederlandse Antillen, Azië, Oost-Europa);
- vrouwelijke partners van MSM en partners van personen afkomstig uit een gebied met een hoge prevalentie van hiv en/of hepatitis B;
- slachtoffers van seksueel geweld;
- jongeren <25 jaar.

Deze groepen zijn niet homogeen. Zo zullen mensen met meerdere nieuwe partners meer impact hebben op de soa-transmissie dan de 'zekerheidstesters' met een beperkt aantal partners in de laatste 6 maanden. Specifieke aandacht verdienen mensen met mogelijk een achterstand in kennis, competenties of toegang tot zorg, zoals jongeren met een praktische opleiding, mensen met een verstandelijke beperking of mensen met een recente migratieachtergrond.

De regionale epidemiologie van soa's en het voorkomen van problematiek op het gebied van seksualiteit moet de prioritering van doelgroepen beïnvloeden. Het CSG dient te evalueren of de ASG-zorg deze groepen daadwerkelijk en voldoende bereikt. In het CSG vindt triagering over het algemeen telefonisch plaats of via het internet, voordat de afspraak plaatsvindt. In een initieel contact kan de basis gelegd worden voor verdere gespreksvoering. Een open grondhouding nodigt de cliënt hierbij uit zijn hulpvraag te bespreken. Ook kunnen open bewoordingen de drempel verlagen om een onderwerp aan te snijden. Voor personen jonger dan 25 jaar biedt het CSG naast soa-zorg ook eerstelijns seksualiteitshulpverlening, aanvullend aan de huisartsenzorg (Sense).

Personen die niet in aanmerking komen voor zorg op het CSG zoals genoemd in de regeling, kunnen voor eerstelijnszorg verwezen worden naar de huisarts. Als mensen niet toegelaten worden voor een consult op het CSG worden basale gegevens van de zorgvraag genoteerd in verband met inzicht in de behoefte aan ASG-zorg. Elk medisch advies (ook telefonisch of digitaal

gegeven) moet in een cliëntdossier geregistreerd worden vanwege het toezicht op kwaliteit van zorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een telefonisch advies rondom noodanticonceptie.

5.2 Termijn

5.2.1 Urgentiebepaling

De termijn waarop cliënten in het CSG een afspraak aangeboden dient te worden, is afhankelijk van de hulpvraag. De kaders 5.1 t/m 5.3 geven een overzicht van de indicatiecriteria bij het vaststellen van de urgentie van de hulpvraag.

Kader 5.1: Urgentiebepaling – klachten waarbij advies is huisarts hiervoor te consulteren

- Verdenking blaasontsteking* bij vrouw
- Verdenking candida* in combinatie met laag risico op soa
- Jeukklachten anogenitaal
- Recidiverende herpes/wratjes*
- Koorts met/zonder bijkomende klachten
- Buikpijn met/zonder bijkomende klachten
- Hevige pijn, fors bloedverlies, algehele malaise
- Priapisme (langdurig aanhoudende erectie ook zonder seksuele prikkels) en acute klachten van het scrotum
- Ringvormige zwelling eikel/voorhuid (Spaanse kraag)
- Keelklachten

* Cliënt herkent klachten van eerdere ziekte-episode.

Kader 5.2: Urgentiebepaling – klachten waarbij advies is cliënten in te plannen op CSG

Beoordeling binnen 3 dagen (indien onmogelijk: verwijs naar huisarts):

- Afscheiding/bloedverlies uit anus (bij cliënten met receptief anaal sekscontact)
- Pijn bij het plassen bij man met/zonder afscheiding uit plasbuis
- Wondjes/zweertjes/blaasjes anogenitaal (pijnloos/pijnlijk)
- Overige niet-pijnlijke huiduitslag/huidlaesies bij MSM
- Overige nieuw ontstane pijnklachten anogenitaal (bij plassen, bij vrijen, huid, genitaliën, anus/proctum)

Minder urgent (beoordeling na 3, maar binnen 14 dagen):

- Klachten passend bij wratjes, niet eerder gediagnosticeerd of behandeld
- (Veranderde) vaginale afscheiding zonder andere klachten
- Tussentijds vaginaal bloedverlies
- Contactbloedingen (vaginaal bloedverlies na het vrijen)

Kader 5.3: Factoren die de urgentie kunnen veranderen

- Personen met een achterstand op het vlak van kennis, competenties of toegang tot zorg
- Duur van klachten en verloop
- Tweede keer contact over dezelfde symptomen
- Hevige pijn
- Angst of onrust
- Communicatieproblemen, inconsistent verhaal of onduidelijke hulpvraag
- Niet-pluisgevoel van de medisch geschoolde triagist
- Zedenslachtoffer
- Jonge leeftijd
- Elders in zorg/verwezen dor andere zorgprofessional

Het Kwaliteitsprofiel hulpverlening seksuele gezondheid in het kader van de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (RIVM 2022) geeft richtlijnen voor de tijd waarbinnen een cliënt een afspraak aangeboden krijgt, en adviseert alle cliënten uiterlijk binnen 14 dagen een afspraak aan te bieden.

Naast de aanwezigheid van bepaalde klachten, kunnen ook andere factoren de urgentie beïnvloeden waarmee een cliënt een afspraak op het spreekuur aangeboden moet worden. Deze factoren staan in kader 5.3 en in § 5.2.3 t/m § 5.2.6. Bij een gecombineerde vraagstelling (bijvoorbeeld soa en Sense) of een situatie met meerdere urgentiecategorieën, prevaleert de hoogste urgentie. Indien er bij een cliënt geen andere factoren zijn die de urgentie beïnvloeden, dient hen, in navolging van het Kwaliteitsprofiel, binnen 14 dagen een afspraak aangeboden te worden. Cliënten die geen afspraak krijgen, worden erop gewezen dat de meeste mensen soa-zorg bij een huisarts krijgen. Eventueel kan ook verwezen worden naar betrouwbare andere soa-zorgaanbieders, via de Soatestwijzer of via de webpagina van Soa Aids Nederland over betrouwbare zelftestaanbieders.

5.2.2 Soa-gerelateerde klachten

Indien cliënten met soa-gerelateerde klachten tijdig en adequaat behandeld worden, kan in sommige gevallen soa-transmissie doorbroken worden. Het begrip soa-gerelateerde klachten laat hierbij ruimte voor interpretatie; verschillende soa's hebben verschillende mogelijke presentatievormen. Aan de hand van de klachten, het risicoprofiel en eventuele kwetsbaarheden dient een inschatting gemaakt te worden of deze cliënt op de juiste plek is op een CSG (en zo ja, op welke termijn) of beter naar de huisarts verwezen wordt.

Cliënten met lichamelijke klachten waarbij andere differentieel diagnostische overwegingen dan soa's op de voorgrond staan, evenals cliënten met klachten met een spoedeisend karakter, worden geadviseerd voor eerstelijns medische zorg hun huisarts te consulteren. Voorbeelden van klachten waarbij geadviseerd wordt de huisarts te raadplegen, staan genoemd in kader 5.1.

Bij cliënten met soa-gerelateerde klachten dient bepaald te worden op welke termijn cliënten een afspraak aangeboden kunnen krijgen. Op medische gronden (vanwege het karakter van de problematiek) en op grond van public health (vanwege een hoge verdenking op een soa) wordt aan sommige cliënten reeds op korte termijn een afspraak aangeboden. In kader 5.2 staan klachten genoemd waarbij de cliënt binnen 3 dagen gezien moet worden.

Indien dit niet mogelijk is (bijvoorbeeld op vrijdagmiddag), wordt de cliënt verwezen naar de huisarts.

Mogelijk ernstige klachten worden verder uitgevraagd. Dit gebeurt door medisch geschoold personeel, bijvoorbeeld doktersassistenten. Een verpleegkundige en arts zijn tijdens triagering bereikbaar voor overleg. Zie deeldraaiboek 1 voor een nadere beschrijving van de taken en verantwoordelijkheden.

5.2.3 Seksaccidenten inclusief seksueel geweld in de afgelopen 7 dagen

(Zie ook deeldraaiboek 9.)

Seksueel geweld in de afgelopen 7 dagen dient zo spoedig mogelijk te worden verwezen naar Centrum Seksueel Geweld. Afhandeling van andere seksaccidenten kan conform het LCI-draaiboek Seksaccidenten.

5.2.4 Seksueel geweld meer dan 7 dagen geleden

(Zie ook deeldraaiboek 9.)

Als er sprake is van seksueel geweld >7 dagen geleden zal prioritering van het consult afhangen van het tijdstip van het incident en de psychische nood van de cliënt. Ook soa-gerelateerde klachten en mogelijke zwangerschap kunnen de prioriteit van het consult vervroegen. Een vrijwillig seksaccident >7 dagen geleden wordt beoordeeld als ieder ander sekscontact.

5.2.5 Cliënten met partnernotificatie

Tabel 5.1 Urgentiebepaling cliënten met partnernotificatie (geen klachten, geen seksaccident).

Doelgroep	Testbeleid
Hiv	Binnen 24 uur
Hepatitis B	Bij voorkeur binnen 24 uur, maar uiterlijk binnen 3 dagen
Hepatitis C	Bij voorkeur binnen 24 uur, maar uiterlijk binnen 3 dagen
Syfilis	Bij voorkeur binnen 24 uur, maar uiterlijk binnen 3 dagen
LGV	Bij voorkeur binnen 24 uur, maar uiterlijk binnen 3 dagen
Gonorroe	Bij voorkeur binnen 3 dagen, maar uiterlijk binnen 7 dagen
Chlamydia	Alleen indien gewaarschuwd door huidige sekspartner. Dan bij voorkeur binnen 3 dagen, maar uiterlijk binnen 7 dagen
Trichomonas	Alleen indien gewaarschuwd door huidige sekspartner. Dan bij voorkeur binnen 3 dagen, maar uiterlijk binnen 7 dagen
Mycoplasma genitalium	Verwijzen naar huisarts. Mycoplasma valt niet binnen de ASG-regeling. Indien het CSG deze testen wel biedt, dan alleen indien gewaarschuwd door huidige sekspartner (met klachten). Dan bij voorkeur binnen 3 dagen, maar uiterlijk binnen 7 dagen
Onbekend welke soa	Bij voorkeur binnen 3 dagen, maar uiterlijk binnen 7 dagen

Cliënten met partnernotificatie voor een soa (oftewel: de ingelichte sekspartners van een indexcliënt) krijgen, als er géén sprake was van een

seksaccident en als ze geen klachten hebben, een afspraak aangeboden conform tabel 5.1. Door personen met een notificatie voor een soa (vroeg)tijdig op te sporen en te behandelen, wordt soa-transmissie gedeeltelijk doorbroken.

5.2.6 Noodanticonceptie en mogelijk ongeplande zwangerschap

Indien er mogelijk sprake is van een onbedoelde zwangerschap of een vraag naar/indicatie voor noodanticonceptie, kan het geïndiceerd zijn om de cliënt snel te spreken om snel de gewenste begeleiding op te kunnen starten. Indien nodig wordt de cliënt binnen 24 uur (uiterlijk de volgende werkdag) beoordeeld.

5.2.7 Antibioticagebruik en soa-testen

Antibioticagebruik, waaronder het gebruik van doxycycline om soa te voorkomen (doxyPEP), in de periode voorafgaand aan soa-testen kan de betrouwbaarheid van diagnostiek beïnvloeden. Indien er geen nieuw risicomoment was na het gebruik van eerstekeusbehandeling voor bijvoorbeeld gonorroe, is het advies om niet te testen op de betreffende soa. Het is niet goed bekend hoe groot de kans is op fout-negatieve testen door gebruik van antibiotica waar chlamydia of gonorroe (matig) gevoelig voor zijn, maar deze lijkt minimaal. Het uitstellen van een soa-test kan echter ook negatieve gevolgen hebben: optreden van complicaties, verdere transmissie van een soa en mogelijk komen personen op later tijdstip niet terug voor de test. Pragmatisch en op basis van expert opinion (o.a. consensus in de Werkgroep Artsen Seksuele gezondheid (WASS)), is antibioticagebruik geen reden om soa-testen uit te stellen.

6. Testbeleid

Vastgesteld LOI-SG: 25 juni 2024

Wijzigingen sinds vaststelling:

- Februari 2026: Bij behandeling Tv-infecties is onderscheid gemaakt tussen een urethrale en een vaginale infectie.
- Januari 2025: In de paragraaf 'Verandering chlamydiatestbeleid' is het beleid voor zwangeren nader omschreven en is een link naar een nieuwe leidraad Testen op chlamydia toegevoegd. In de tabel 'Testen Ct/LGV/gonorroe op verschillende lichaamslocaties' is duidelijker weergegeven dat je gonorroe in principe altijd op 3 locaties test. Tot slot is de suggestie dat er op andere lichaamslocaties dan rectaal getest wordt op LGV verwijderd.

Inhoud deeldraaiboek 6

6.1 Inleiding 48
6.2 Wanneer testen na (mogelijke) blootstelling aan soa? 49
6.2.1 Betrouwbaar testen 49
6.2.2 Chlamydia- en gonorroe-infectie 49
6.2.3 Syfilis 50
6.2.4 Hepatitis B 50
6.2.5 Hepatitis C 50
6.2.6 Hiv 50
6.2.7 Aanbevelingen 51
6.3 Testbeleid ASG-regeling 53
6.3.1 Verandering chlamydiatestbeleid 53
6.3.2 Partner uit doelgroep 54
6.3.3 Landen/gebieden met een hoge prevalentie van hiv en/of hepatitis B 54
6.3.4 Selectief testbeleid jongeren <25 jaar 55
6.3.5 Testbeleid transgender personen 56
6.3.6 Algoritme testbeleid alle cliënten 56
6.4 Testbeleid chlamydia, LGV en gonorroe 58
6.4.1 Testadvies op verschillende lichaamslocaties (alle cliënten) 58
6.4.2 Overwegingen op basis van literatuur 60
6.4.3 Public health-overwegingen 60
6.4.4 Microbiologische overwegingen NAAT-testen gonorroe 60
6.5 Testbeleid hiv 61
6.5.1 Opsporen hiv-infecties 61
6.5.2 Bestaande typen hiv-testen 62
6.5.3 Indicatie hiv-sneltesten 62
6.5.4 Algoritme voor hiv-testbeleid 62
6.5.5 Vervolg testen hiv bij negatieve vierdegeneratie-combotest 64
6.6 Testbeleid syfilis 64

6.7 Testbeleid *Trichomonas vaginalis* en *Mycoplasma genitalium* 65
6.8 Screening en testbeleid hepatitis B 66
6.9 Testbeleid LGV 67
6.10 Testbeleid hepatitis C 68
6.11 Hertest en test-of-curebeleid 70
6.12 Testadvies specifieke groepen 71
6.13 Instructie swabafname 72
Referenties 73

Leeswijzer

Daar waar er in dit deeldraaiboek geschreven wordt over mannen en vrouwen, betreft het, uiteraard, ook intersekse, transgender en genderdiverse personen. Het is aan de lezer om in te schatten welke delen van de richtlijn bij welke cliënten van toepassing zijn.

6.1 Inleiding

Dit deeldraaiboek behandelt de ASG-regeling. Op het moment van schrijven vindt echter een toekomstverkenning plaats van deze regeling. De ASG-regeling zal, o.a. i.v.m. een andere inhoudelijke visie, aangepast moeten worden. Dit deeldraaiboek houdt geen rekening met eventuele wijzigingen in doelgroepen of anderszins, maar is geschreven vanuit de inhoudelijke visie. Indien de eventuele wijziging van de regeling bekend is, zal dit worden aangepast.

In de ASG-regeling zijn, per 1 januari 2015, de volgende doelgroepen vastgesteld die in aanmerking komen voor zorg op een CSG:

- personen die een notificatie hebben gehad voor een soa;
- personen met klachten die kunnen wijzen op een soa;
- andere personen met een verhoogd risico op een soa;
- jongeren onder 25 jaar;
- slachtoffers van seksueel geweld.

Wie zijn ‘andere personen met een verhoogd risico op een soa’?

- mannen die seks hebben met mannen (MSM);
- sekswerkers (sekswerk in de laatste 6 maanden);
- personen afkomstig uit een gebied met een hoge prevalentie van hiv en/of hepatitis B;
- personen met een (seks)partner uit een sleutelpopulatie (MSM, partners afkomstig uit gebied met hoge prevalentie hiv en/of hepatitis B);
- personen die eerder een soa hebben gehad.

De huidige ASG-regeling verplicht ten minste een chlamydiatest. Deze regeling wordt momenteel herzien; de verwachting is dat aanpassing in 2025 rond is. Dit betekent dat alle veranderingen in het chlamydiatestbeleid zoals beschreven in § 6.3.1 vóór 2025 in pilot-verband uitgevoerd kunnen worden. Dit gaat altijd in overleg met het RIVM.

In dit deeldraaiboek wordt voor het testbeleid het onderscheid gemaakt tussen “MSM” en “heteroseksueel”. Het testbeleid is gebaseerd op seksuele handelingen en niet op grond van seksuele voorkeur, en is omwille van de eenvoud gedefinieerd als in tabel 6.1. Het testbeleid voor transgender personen is uitgewerkt in § 6.3.5.

Tabel 6.1 Testbeleid per doelgroep.

Doelgroep	Testbeleid
Man die seks heeft met mannen	Als “MSM”
Man die seks heeft met mannen en vrouwen	Als “MSM”
Man die seks heeft met vrouwen	Als “heteroseksueel”
Vrouw die seks heeft met mannen	Als “heteroseksueel”
Vrouw die seks heeft met vrouwen	Als “heteroseksueel”

In § 6.3.4 wordt het selectieve testbeleid voor jongeren <25 jaar nader uitgewerkt. Voor alle duidelijkheid: de prioritering van de doelgroep is uitgewerkt in deeldraaiboek 5. Dit deeldraaiboek bespreekt soa-diagnostiek op grond van kenmerken van gedrag en groep. Deeldraaiboek 7 bespreekt het beleid (inclusief diagnostiek) bij mensen met klachten.

6.2 Wanneer testen na (mogelijke) blootstelling aan soa?

6.2.1 Betrouwbaar testen

Een belangrijk hulpmiddel om betrouwbaar te testen is het hanteren van een windowfase. Hiermee wordt de periode aangegeven van het moment van infectie tot het ogenblik dat infectie betrouwbaar gedetecteerd kan worden. Voor het bepalen van de betrouwbaarheid van de soa-test moet afgewogen worden of het doel is om een infectie zo vroeg mogelijk aan te tonen of met zekerheid uit te sluiten. Bij het bepalen van een geschikte testdatum voor het aantonen/uitsluiten van een soa spelen in de publieke seksuele gezondheidszorg de volgende factoren een rol:

- Het seksuele risicoprofiel: cliënten die op basis van seksueel gedrag getest worden. Hier wil men een soa met zekerheid uitsluiten. Hoe meer risicogedrag cliënten vertonen, hoe groter de prioriteit ligt op het zo snel mogelijk aantonen en behandelen van de soa om verdere verspreiding tegen te gaan.
- Aanwezigheid van soa-gerelateerde lichamelijke klachten of een notificatie voor een soa: hierbij is een hogere a priori kans op soa’s. Er moet dan zo spoedig mogelijk getest worden om eventuele complicaties en verdere verspreiding van een soa te voorkomen.

De windowfase van soa’s die aangetoond worden met een serologische bloedtest is langer dan de windowfase voor een gonorroe- en chlamydia-infectie.

Voor het testen van hiv, hepatitis B en C en syfilis wordt de windowfase niet afgewacht om de infectie uit te sluiten. Als er geen klachten zijn en de uitslag geen soa aantoont, wordt, afhankelijk van het ingeschatte risico op de soa, geadviseerd de testen te herhalen wanneer de windowfase van de soa verstreken is.

In tabel 6.3 staan adviezen omtrent het test- en hertestbeleid op basis van het type risico.

6.2.2 Chlamydia- en gonorroe-infectie

(Inter)nationale richtlijnen geven geen of verschillende windowfases voor respectievelijk een chlamydia- en gonorroe-infectie. Voor gonorroe houdt het

CSG een windowfase van 14 dagen aan (Spitaels 2014). Voor chlamydia is deze niet relevant omdat er zonder klachten niet op getest wordt.

6.2.3 Syfilis

Voor syfilis geeft de LCI-richtlijn een eenduidig advies om een windowfase van 90 dagen te hanteren om met zekerheid infectie uit te sluiten. Bij hoog risico op syfilis, bijvoorbeeld bij personen met een notificatie voor syfilis, kan het geïndiceerd zijn om, indien niet behandeld wordt, de test 4-wekelijks te herhalen tot de windowfase voorbij is; 85% van de geïnfecteerden seroconverteert binnen 4 weken. Bij klachten verdacht voor syfilis, met negatieve serologie en waarbij niet behandeld is op klinische verdenking, hertesten na 2-4 weken en na einde windowfase.

De TPHA/TPPA-screeningstest kan al positief zijn na 3 weken, maar de VDRL/RPR-stijging zal doorgaans pas zichtbaar zijn na 4 weken. De trefkans om syfilis te vinden is hoger na 4 weken (Interpretatie van de lues serologie (huidziekten.nl)). De NVVM komt nog met een standpunt over de plaats van andere diagnostische tests.

In het primaire stadium van syfilis kan serologie nog negatief zijn. Bij klachten in de vorm van een ulcus, wordt een PCR van het ulcus afgenomen (deze kan al positief zijn voordat de serologie positief is).

6.2.4 Hepatitis B

Over de windowfase voor hepatitis B bestaat geen consensus. Na 90-180 dagen kan een hepatitis B-infectie uitgesloten worden. Aantonen van de infectie (antiHB-core en HBsAg) zal veelal al kunnen na 4-8 weken.

6.2.5 Hepatitis C

De windowfase voor hepatitis C is afhankelijk van de gebruikte test, maar ook van de immuunstatus van betrokken cliënt. Een chronische HCV-infectie wordt gediagnosticeerd met een HCV ELISA,met bevestiging middels blot. Acute infecties vinden in Nederland met name plaats onder (hiv-positieve) MSM. In deze groep en bij recent seksueel contact met een HCV-positieve (seks)partner is een NAAT HCV sensitiever en de geadviseerde methode om een acute infectie op te sporen. Een leverfunctiebepaling (ALT) is weinig sensitief en specifiek voor hepatitis C en heeft geen plaats in de diagnostiek naar hepatitis C binnen de CSG's.

Zowel bij mensen met als zonder hiv is, vanaf 7 tot 10 dagen na infectie, HCV-RNA in het bloed aantoonbaar met een NAAT HCV. De ontwikkeling van antilichamen duurt gemiddeld 60 dagen, maar gaat bij mensen met hiv vaak trager (tot 12 maanden) of ontbreekt geheel, afhankelijk van de mate van immuniteit. Met een NAAT HCV kan een HCV-infectie uitgesloten worden na 3 maanden, met een HCV ELISA (bij immuuncompetente personen) na 6 maanden (zie § 6.10).

6.2.6 Hiv

Een hiv-sneltest wordt op een centrum seksuele gezondheid alléén in combinatie met een laboratoriumtest gebruikt. De vierdegeneratietest detecteert zowel antistoffen als p24-antigeen waardoor de meeste nieuwe infecties kunnen worden opgespoord. De vierde generatie-ELISA verkort het detectie-interval na hiv-expositie tot 15-20 dagen na mogelijke blootstelling. Het gebruik van een hiv-1-RNA-test kan dit detectievenster nog verder

verkorten naar 9-11 dagen na transmissie. Deze wordt vooral gebruikt bij 'indeterminate' Western blot-uitslagen, zeker bij verdenking op acute hiv-infectie, en om de therapie te monitoren (zie§ 6.5).

Een groot deel van de hiv-infecties kan dus 3-4 weken na infectie worden aangetoond met een vierdegeneratie-hiv-combotest. Een negatief resultaat van een vierde generatie-hiv-combotest 4 weken na expositie sluit met een grote waarschijnlijkheid hiv uit (BASHH/EAGA statement of HIV window period). Vooralsnog wordt voor het definitief uitsluiten van een infectie een termijn van 3 maanden aangehouden.

6.2.7 Aanbevelingen

- Soa-gerelateerde klachten of een notificatie voor een soa kunnen redenen zijn om direct een consult te voeren en eerder dan de maximale windowfase te testen. Dit is afhankelijk van de ernst van de klachten en de ernst van de soa. In tabel 6.2 worden de voorkeurstesten per ziekteverwekker weergegeven voor de asymptomatische cliënt. Voor adviezen of 'test-of-cure', zie § 6.11.
- Bij *klachten* die kunnen wijzen op een soa, inclusief syfilis en hiv: direct testen. Voor alle testen voor het verstrijken van de windowfase geldt dat de cliënt geïnstrueerd moet worden over de klachten die op een infectie kunnen wijzen en het belang van testen in die situatie, alsmede het belang van hertesten bij een negatieve test.
- Na een *syfilis-notificatie*: direct volledige soa screening uitvoeren. Bij een negatieve syfilisuitslag, waarbij cliënt niet is meebehandeld voor syfilis, syfilistest 4-wekelijks herhalen tot na het verloop van de windowfase, of eerder bij klachten.
- Na een *notificatie* voor hiv: direct volledig screenen op soa. Bij negatieve hiv-test moet deze herhaald worden. De termijn is afhankelijk van het laatste sekscontact met de index.
- *Incidenteel risicocontact*: Om de kans op vroegopsporing op hiv of syfilis te vergroten, is het aanbevolen om bij cliënten met een verhoogd risico op hiv/syfilis te testen 3-4 weken na het *specifieke incidentele risicocontact* op soa, inclusief hiv/syfilis. Dit geldt voor cliënten zonder klachten en zonder soa-notificatie, bijvoorbeeld in situaties waarin er een indicatie zou zijn geweest voor PEP (in plaats van de gonorroetest al na 2 weken).
- Bij hiv-PEP-gebruik na een seksincident kan er na 2 weken op gonorroe en – in geval van klachten – ook op chlamydia getest worden. Na 4 weken kan een eerste serologische controle op syfilis gedaan worden. Herhaal deze testen uiterlijk na 3 maanden. Voor herhaaltesten is het, zeker na hoogrisicocontact, aan te bevelen een actief opvolgbeleid in te stellen (sms, nabellen etc.).
- Bij MSM en sekswerkers (met doorlopend risico op een soa en mogelijke transmissie naar meerdere partners), wordt soa-onderzoek niet uitgesteld vanwege het mogelijk hoge a priori risico op soa's en/of de hoge transmissiekans.

Het spreekt voor zich dat er in individuele gevallen van de richtlijn afgeweken kan worden en dat zoveel mogelijk testen voor een follow-up-testschema gecombineerd worden.

Tabel 6.2 Windowfase voor het uitsluiten van een infectie bij een asymptomatische immuuncompetente cliënt.

Ziekte	Voorkeurstest	Windowfase voor test om infectie uit te sluiten
Chlamydia-infectie	Geen	N.v.t.
Gonorroe	NAAT	14 dagen
Hiv	4e-generatie-hiv-combotest	90 dagen
	Hiv-RNA-test	
Lues	Screeningstest (TPPA/TPHA, C(L)IA IgG/IgM, EIA of bij eerder doorgemaakte lues RPR/VDRL)	90 dagen
Hepatitis B	Anti-HBc (en indien positief HbsAg)	90 dagen (max. 180 dagen)
Hepatitis C	NAAT HCV	3 maanden
	Anti-HCV ELISA (chronische infectie)	6 maanden

Tabel 6.3 Advies termijn testen en hertesten.

	Doel testen	Termijn testen	Testadvies m.b.t. herhalen	Uitsluiten
Asymptomatisch en geen notificatie	Uitsluiten	Afhankelijk van windowfase. Bij continu risico: direct testen.	-	Laag risico op hiv, syfilis, hepatitis B: uitsluiten 3 maanden na laatste risicocontact niet noodzakelijk
				Hoog risico hiv, syfilis (hepatitis B indien geen vaccinatie of non-responder): uitsluiten 3 maanden na laatste risicocontact
Soa-notificatie	Aantonen	Bij lues, hiv, HBV en HCV: zo snel mogelijk. Bij Ct/gonorroe: windowfase afwachten.	Hiv-test 3-4 weken na laatste risico-contact i.v.m. vroeg aantonen hiv	Notificatie voor hiv, hepatitis B of syfilis: 3 maanden na laatste risicocontact
			Indien niet direct behandeld: syfilistest 3-4 en 12 weken na laatste risicocontact herhalen	
Klachten	Aantonen	Zo snel mogelijk. Voor het prioriteren van klachten op basis van spoed (zie deeldraaiboek 5, kaders 5.1 t/m 5.3)	-	-
Seksaccident	Aantonen	2 weken na accident. Bij hoog risico hiv (bijv. MSM): 3 weken na accident LGV, gonorroe, syfilis, hiv	-	3 maanden na accident: hiv, syfilis, hepatitis B (evt. hepatitis C)

6.3 Testbeleid ASG-regeling

6.3.1 Verandering chlamydiatestbeleid

De recent herziene Multidisciplinaire richtlijn seksueel overdraagbare aandoeningen (MDR soa's) omschrijft een paradigma-shift in het chlamydia-testbeleid. Er wordt geconcludeerd dat het testen van chlamydia bij mensen zonder klachten geen bewezen meerwaarde heeft om ziektelast als gevolg van een chlamydia-infectie te beperken. Terughoudendheid in het aanbieden of promoten van chlamydiatesten bij mensen zonder klachten lijkt passend.

Dit draaiboek ondersteunt dit en pleit voor een veranderde aanpak binnen het domein van de publieke gezondheid. Het advies is om als CSG je te richten op infectieziektepreventie in plaats van infectiepreventie. Hierbij zal de nadruk liggen op strategieën om het oplopen en transmissie van soa's te voorkomen in plaats van het routinematig testen op chlamydia van personen zonder klachten.

Het testbeleid verandert als volgt:

- Oraal testen op chlamydia wordt in alle gevallen niet meer uitgevoerd.
- Testbeleid vrouwen:
  - **Wel testen** (NB. voor beleid zwangeren zie verderop):
    - bij vaginale klachten (alle klachten die kunnen wijzen op een chlamydia-infectie: veranderde afscheiding, (contact)bloeding, intermenstrueel bloedverlies, eventueel in combinatie met buikpijn, etc.) en extra-genitale klachten (anaal, oculair).
    - indien geïnformeerd door hun huidige (seks)partner met klachten die een vastgestelde chlamydia heeft.
    - bij plaatsen spiraal ligt de indicatie en uitvoering voor het testen op chlamydia bij de plaatser. Zie ook de NHG-Standaard Anticonceptie.
  - **Niet testen**:
    - als er geen klachten zijn en niet voldaan wordt aan een van de andere criteria.
- Testbeleid zwangeren:
  - **Wel testen**:
    - iedere zwangere met klachten altijd testen.
    - geen klachten, maar wel risico op chlamydia, en zwangere is in 3e trimester, dan– in overleg met cliënte – wel testen op chlamydia (dit met het oog op complicaties rondom partus voor moeder en kind).
  - **Niet testen**:
    - zwangere zonder klachten in 1e en 2e trimester.
- Testbeleid mannen:
  - **Wel testen**:
    - bij klachten (alle klachten die kunnen passen bij een chlamydia-infectie: urethrale afscheiding, pijn bij het plassen, etc.) en extra-genitale klachten (anaal, oculair).
    - indien geïnformeerd door hun huidige (seks)partner met klachten die een vastgestelde chlamydia heeft.
  - **Niet testen**:
    - als er geen klachten zijn en er niet voldaan wordt aan een van de andere criteria.
- Testbeleid LGV:
  - MSM altijd anaal testen op LGV (ongeacht of er klachten zijn).[6]

[6] Bij voorkeur wordt in asymptomatische gevallen enkel de LGV-uitslag vermeld zonder vermelding van de chlamydia-uitslag. Op het moment van schrijven van de richtlijn, wordt dit juridisch verder uitgezocht.

    - Geïnformeerd over LGV: testen op LGV rectaal.
- Testbeleid bijzondere groepen:
    - Sekswerkers: conform hierboven.
    - Slachtoffers seksueel geweld: conform hierboven.

De volgende paragrafen gaan verder op dit testbeleid in. Dit betekent dat waar voorheen gesproken werd over T2 (gonorroe + chlamydia) en T4 (gonorroe + chlamydia + syfilis + hiv), er nu over T1 (gonorroe), T2 (gonorroe + chlamydia), T3 (gonorroe + syfilis + hiv) en T3+LGV gesproken wordt.

De verandering in testbeleid is, zoals de MDR soa's al omschrijft, een grote verandering in de aanpak van testen binnen de CSG's. Deze verandering vergt een gedegen voorbereiding en communicatie. Hieronder worden verschillende punten besproken waar CSG's rekening mee dienen te houden:

- Veel laboratoria testen chlamydia en gonorroe in een gecombineerde test. CSG's worden geadviseerd te overleggen met hun laboratoria over de verandering in het testbeleid dan wel hier rekening mee te houden in hun aanbesteding. GGD'en die voor 2025 willen starten met het veranderde testbeleid dienen contact te leggen met het RIVM voor overleg over het afwijken van de ASG-regeling.
- Geadviseerd wordt om contact te leggen met ketenpartners (huisartsen, hiv-poli) in de regio over het veranderde testbeleid om wederzijds verwachtingsmanagement te bespreken.
- Geadviseerd wordt na te denken over het gesprek in de spreekkamer met cliënten. Hoe verandert de boodschap die je uitdraagt en welke knelpunten worden verwacht?

Op de rivm-website staat een handige leidraad Testen op chlamydia met alle veranderingen op een rij en een stroomschema.

6.3.2 Partner uit doelgroep

Vanuit de ASG komen cliënten in aanmerking voor een test op het CSG wanneer ze een 'partner uit doelgroep' hebben. Hieronder wordt beschreven wat, i.h.k.v. soa-testbeleid, hieronder wordt verstaan.

'Partner uit doelgroep' bestaat uit 2 groepen:

- (seks)partner van iemand uit doelgroep MSM als cliënt zelf niet MSM is: vrouwen met een biseksuele mannelijke partner (=MSM);
- (seks)partner afkomstig uit een land/gebied met een hoge prevalentie van hiv en/of hepatitis B (zie verder volgende paragraaf).

6.3.3 Landen/gebieden met een hoge prevalentie van hiv en/of hepatitis B

Om te bepalen welk testbeleid er ingezet wordt, is het van belang om vast te stellen of een cliënt (of diens partner) afkomstig is uit een land met een hoge prevalentie van hiv en/of hepatitis B.
Indien een cliënt daar zelf geboren is, wordt tenminste eenmalig op hiv, syfilis en hepatitis B getest. Indien het om een partner van de cliënt gaat, wordt minstens eenmalig hiv en syfilis getest.

Voor de praktijk wordt voor een testindicatie op het CSG een grove indeling aangehouden van de definitie hoogprevalente gebieden voor hiv en hepatitis B; alle landen behalve West-Europa, Australië/Nieuw Zeeland en Noord-Amerika. Voor seks- en prikaccidenten geldt deze grove indeling niet, zie hiervoor de betreffende draaiboeken.

6.3.4 Selectief testbeleid jongeren <25 jaar

Heteroseksuele jongeren zonder andere risicofactoren worden minimaal getest op gonorroe (T1). MSM-jongeren worden altijd minimaal getest op gonorroe, syfilis en hiv (T3)+LGV (zie tabel 6.4).

Tabel 6.4 Overzicht soa-testbeleid jongeren <25 jaar.*

	T1**: gonorroe	T3**: gonorroe, syfilis, hiv
MSM <25 jaar*		x + LGV
vrouw of heteroseksuele man <25 jaar	x	
sekswerker*		x
partner of klant van sekswerker		x
notificatie gonorroe	x	
notificatie voor trichomonas	x + trich	
notificatie voor specifieke soa (hiv, syfilis, LGV, HCV, HBV)		x + speci-fieke soa
Klachten (condylomata acuminata diagnose)	x	
Klachten (atypische huidafwijkingen, ulcus, klachten mogelijk passend bij syfilis/hiv)		x
Eerstegeneratiemigrant uit land met hoge prevalentie van hiv en/of hepatitis B*		x
Partner van iemand uit doelgroep: - vrouw met MSM-partner - partner uit hoogprevalent land, eerste generatie		x
slachtoffer seksueel geweld (ook >6 maanden geleden)‡		x

* Op indicatie wordt HBV en voor MSM daarnaast ook HCV getest. Zie hiervoor respectievelijk § 6.8 en § 6.10.
** In geval van klachten passend bij chlamydia of een notificatie voor chlamydia door een huidige sekspartner met klachten verandert dit beleid in T2 respectievelijk T4.
‡ Mits niet eerder volledig en betrouwbaar (de windowfase inachtnemend) getest.

Keuzes in dit testbeleid zijn gebaseerd op epidemiologische data en de uitgangspunten van publieke seksuele gezondheid (Suijkerbuijk 2017). Een balans wordt gezocht tussen het uitsluiten van zoveel mogelijk soa's waar redelijkerwijs een risico op gelopen is en het niet onnodig testen. Door middel van selectieve criteria wordt ernaar gestreefd zoveel mogelijk hiv-, hepatitis B-, acute hepatitis C- en syfilisinfecties op te sporen.

Als iemand in het testschema verschillende testindicaties heeft, dan wordt breed getest met alle testen van beide indicaties. Bijvoorbeeld een mannelijke sekswerker (T3) die ook seks heeft met mannen (T3+LGV).

Testbeleid bij soa-gerelateerde klachten/specifieke diagnoses bij jongeren <25 jaar

- Klachten en bevindingen mogelijk passend bij syfilis en hiv: T3.
- Klachten passend bij urethritis, epididymitis, cervicitis, PID: T2.
- Een diagnose van condylomata acuminata of herpes (of een ander huidbeeld) bij lichamelijk onderzoek: T1.

Voor de duiding van klachten passend bij syfilis en hiv wordt verwezen naar de desbetreffende LCI-richtlijnen.

Testbeleid bij jongeren <25 jaar afkomstig uit hoogprevalent land
Jongeren afkomstig uit een hoogprevalent land voor hiv/hepatitis B en die eerstegeneratiemigrant zijn worden minimaal 1 keer gescreend op T3 plus hepatitis B. Voor jongeren die tweedegeneratiemigrant zijn, geldt testbeleid T1, en op indicatie T3 conform jongeren niet afkomstig uit een hoogprevalent land.

Testbeleid bij jongeren <25 jaar met 'partner uit doelgroep'
Bij jongeren met een (seks)partner uit een hoogprevalent land voor hiv en hepatitis B wordt nagevraagd of de partner eerste of tweede generatie migrant is, oftewel of deze wel of niet daar is geboren is. Het minimale testbeleid is om partners van de eerste generatie op T3 te testen.

6.3.5 Testbeleid transgender personen

Bij transgender personen moet men er rekening mee houden dat een persoon andere genitaliën zou kunnen hebben dan men verwacht bij diens gender/aanspreekvorm. Het kan relevant zijn om te vragen naar een geslachtsaanpassende operatie. Leg uit waarom je dit vraagt.

Transgender vrouwen die vaginoplastiek hebben ondergaan, behouden prostaatweefsel en kunnen prostatitisklachten ervaren.

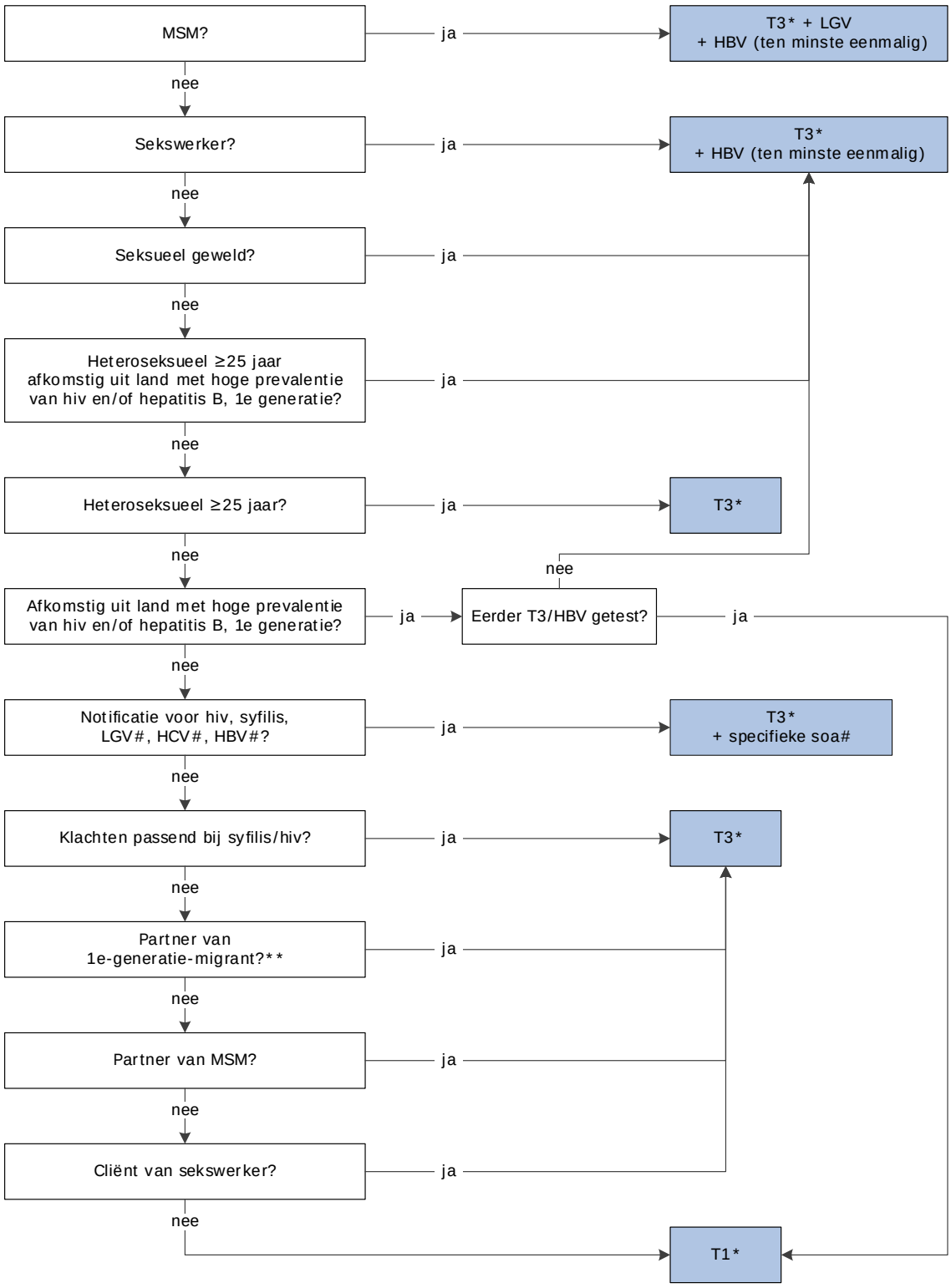
Transgender mannen met een baarmoeder en eileiders kunnen een PID ontwikkelen. Hier moet men bedacht op zijn bij het opstellen van een differentiaaldiagnose.

Voor transgender personen wordt een T3+LGV-testbeleid geadviseerd. Hierbij test men op basis van bestaande anatomie. Dit betekent dat alle bestaande lichaamsopeningen oraal, anaal en genitaal worden getest. Alleen anaal wordt er getest op LGV. Tevens wordt er gescreend op hiv en syfilis (CDC 2021).

6.3.6 Algoritme testbeleid alle cliënten

In figuur 6.1 staat een algoritme weergegeven met onderscheid tussen de verschillende testindicties. Hier is enkel T1 en T3 in opgenomen. In geval van klachten passend bij chlamydia of een notificatie voor chlamydia door een huidige sekspartner met klachten verandert dit beleid in T2 respectievelijk T4.

Figuur 6.1 T1 (gonorroe) vs. T3 (gonorroe +syfilis + hiv) + testen op indicatie.



** In alle gevallen kan er sprake zijn van klachten passend bij chlamydia of een notificatie voor chlamydia door een huidige sekspartner met klachten. In deze gevallen wordt chlamydia meegetest en veranderen T1 en T3 in respectievelijk **T2** en **T4**.*

*** Bedoeld wordt: 1e-generatie-migrant **uit een land met een hoge prevalentie van hiv en/of hepatitis B**. Bij **onbekende** afkomst van de partner is het aan de professional om op basis van de anamnese van de cliënt een inschatting te maken voor het testbeleid.*

6.4 Testbeleid chlamydia, LGV en gonorroe

6.4.1 Testadvies op verschillende lichaamslocaties (alle cliënten)

Zie tabel 6.5. Voor meer informatie over het per januari 2025 gewijzigde chlamydiatestbeleid, zie ook § 6.3.1 en de leidraad Testen op chlamydia. Zie ook § 6.9 over het LGV-testbeleid.

- Voor testbeleid is in principe het seksuele gedrag in de laatste 6 maanden leidend.
- Bij orale seks in de zin van pijpen/gepijpt worden is er een aanzienlijke kans op transmissie van soa als gonorroe; bij cunnilingus (beffen van een vrouw) is er een veel lagere kans op overdracht van deze soa.
- Er zijn aanwijzingen dat overdracht van gonorroe ook mogelijk is via tongzoenen en cunnilingus. Dit heeft vooralsnog geen consequenties voor het testbeleid.

Tabel 6.5 Testen Ct/LGV/gonorroe op verschillende lichaamslocaties.

Cliënt**	Testen	Genitaal	Oraal	Anaal
MSM	Gonorroe in principe altijd op 3 locaties testen LGV alleen anaal Ct alleen bij klachten	In principe **altijd op 3 locaties** testen: - orale swab* gonorroe-NAAT, - 1e-straals urine gonorroe-NAAT (+ Ct-NAAT bij klachten) - rectale swab* gonorroe-NAAT + LGV-NAAT (+ Ct-NAAT bij klachten)		
hetero-seksuele man	Gonorroe Ct toevoegen bij klachten	insertief vaginale seks → 1e-straals urine gonorroe-NAAT (+ Ct-NAAT bij klachten)	gepijpt (insertief) → 1e-straals urine gonorroe-NAAT [NB: likken vagina en anus: geen orale swab]	receptief anale seks met vingers/speeltjes → eventueel overwegen rectale swab* gonorroe-NAAT (+ Ct-NAAT bij klachten)
hetero-seksuele vrouw	Gonorroe Ct toevoegen bij klachten	receptief vaginale seks → vaginale swab* gonorroe-NAAT (+ Ct-NAAT bij klachten)	pijpen (receptief) → overweeg orale swab* gonorroe-NAAT [NB: likken anus: geen orale swab]	receptief anale seks → rectale swab* gonorroe-NAAT (+ Ct-NAAT bij klachten)

* Voor swab-instructies, zie § 6.13. ** Seksueel contact in de laatste 6 maanden.

Testadvies bij vrouwen – oraal

Als vrouwen in de laatste 6 maanden oraal seksueel contact gehad hebben (pijpen penis=receptief oraal contact) wordt een gedifferentieerd testbeleid ten aanzien van oraal testen op gonorroe geadviseerd:

- In elk geval worden getest: sekswerkers en personen met notificatie voor gonorroe.
- Bij voorkeur worden ook getest: vrouwen die in de laatste 6 maanden condoom gebruikten bij vaginale/anale seks, maar tegelijkertijd onbeschermde orale seks rapporteren.
- Maximaal testbeleid: alle vrouwen die in de laatste 6 maanden orale seks rapporteren.

Testadvies bij vrouwen – anaal

Overweeg bij sekswerkers altijd anaal gonorroe te testen i.v.m. verspreidingskansen.

Testadvies bij MSM
Vanwege de hoge infectiedruk bij het MSM-netwerk wordt aangeraden om onafhankelijk van sekstechnieken altijd op 3 locaties (oraal, urine, anaal) op gonorroe te testen. Daarnaast wordt standaard anaal op LGV getest (zie ook § 6.9).

Orale chlamydia
Infecties met orale chlamydia verlopen meestal asymptomatisch en klaren vanzelf na gemiddeld 10 dagen. Daarbij komt dat de meeste orale infecties niet vitaal zijn. Het testen ervan heeft geen meerwaarde voor de publieke gezondheid en wordt niet gedaan.

Anale chlamydia
Een grootschalige studie uit Nederland bevestigt dat het gerapporteerde seksuele gedrag niet voorspellend is voor het vóórkomen van een rectale chlamydia (Van Liere 2017). Als het testbeleid alleen gebaseerd wordt op basis van klachten en rapportage van anale seks worden bijna de helft van de anale infecties bij MSM gemist (Van Liere 2013).

Ook bij vrouwen komt anale chlamydia voor, wanneer er geen anale seks wordt gerapporteerd (Dukers-Muijrers 2022). De rol van deze rectale infecties door auto-innoculatie (bijvoorbeeld bij toiletgang) is nog onbekend. Slechts 1-2% van de vrouwen heeft enkel een anale chlamydia-infectie. Single-site-infecties klaren makkelijker spontaan en een deel van de gevonden infecties zijn niet vitaal (Dukers-Muijrers 2020, Janssen 2021). Op grond van deze kennis is het advies om vrouwen niet rectaal op chlamydia te testen, maar als er een urogenitale chlamydia gevonden wordt met doxycycline te behandelen.

Indien getwijfeld wordt aan de therapietrouw van de cliënt, of indien de cliënt veelvuldig in de zon komt tijdens de behandeling, gaat bij vaginale en/of urethrale infectie de voorkeur uit naar azitromycine vanwege de behandelduur en bijwerkingen van doxycycline.

Voorkomen gonorroe
Het aantal gonorroe-infecties is afgelopen jaren stijgende. In 2023 nam het aantal gonorroediagnoses bij de CSG's sterk toe ten opzichte van de voorgaande jaren. Bij vrouwen en heteroseksuele mannen was deze stijging het grootst. Het vindpercentage ligt bij MSM echter nog steeds het hoogst.

Orale gonorroe
Orale gonorroe-infecties verlopen meestal asymptomatisch en worden gemiddeld geklaard tussen de 6-16 weken (Barbee 2021, Chow 2019). Ze spelen een rol in de transmissie van gonorroe. Daarbij zijn ze relevant vanwege hun mogelijke rol in de resistentievorming tegen antibiotica.

Geïsoleerde orale gonorroe-infecties
Bij systematisch testen van MSM en vrouwen met hoogrisicocontacten (gedefinieerd als sekswerkers en swingers) werden bij de GGD Zuid-Limburg veel geïsoleerde orale infecties gevonden. Van alle gonorroe-infecties was bij MSM 29% alleen oraal en bij vrouwen zelfs meer dan de helft (54%). Van Liere et al. vonden bij het selectieve testbeleid voor oraal testen wat we in Nederland bij vrouwen handhaven, dat tweederde van de orale infecties gemist worden. Dit komt doordat deze infecties zich geïsoleerd oraal bevinden (Van Liere 2021).

Geïsoleerde anale infecties
Van Liere et al. vonden bij systematisch testen op drie lichaamslocaties bij MSM 62,2% van de chlamydia-infecties en 47,4% van de gonorroe-infecties geïsoleerd anorectaal, en bij hoogrisicovrouwen 14,1% respectievelijk 4,9%. Bij sekswerkers en swingers werden gecombineerde urogenitale en anorectale chlamydia-infecties in 54,4%-68,4% en gonorroe in 24,4% gevonden i.t.t. 13,8% en 11,7% bij MSM (Van Liere 2014a). In een onderzoek naar alle vrouwen waren 27,6% van de chlamydia-infecties alleen urogenitaal, vergeleken met 27,6% urogenitaal-anale infecties, terwijl slechts 3,9% geïsoleerd anaal voorkwamen (Van Liere 2014b).

6.4.2 Overwegingen op basis van literatuur

De indicatie tot oraal testen bij vrouwen is omstreden. In een studie in Den Haag, waarbij alle vrouwen die orale seks rapporteren ook oraal getest werden, zijn als risicofactoren voor orale soa gevonden: sekswerker, notificatie, jongeren <20 jaar en Oost-Europeanen (Buskermolen 2013).

Van Liere et al. vonden dat risicofactoren voor het hebben van orale gonorroe-infecties zijn: sekswerk, notificatie voor een soa, het gelijktijdig hebben van een genitale of anorectale gonorroe-infectie. Risicofactoren voor het hebben van een geïsoleerde orale infecties zijn: swingen of sekswerk. Om alle vrouwelijke sekswerkers en personen met een soa-notificatie te testen, moet 28% van de vrouwen oraal getest worden. Daarmee wordt 56% van de orale gonorroe-infecties opgespoord en 56% van de geïsoleerd orale infecties (Van Liere 2021).

6.4.3 Public health-overwegingen

Om alle gevallen op te sporen zouden alle vrouwen die orale seks hebben getest moeten worden. Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs waarop het oraal testbeleid bepaald kan worden. Gonorroe-overdracht vanuit vrouwen is van public health-belang. Daarbij is gonorroe bij heteroseksuele vrouwen buiten de doelgroepen toegenomen de laatste jaren. Door het hoge aandeel geïsoleerde orale infecties, worden er infecties gemist. Toch wordt vanwege het gebrek aan bewijs over het effect van massaal testen op de afname van gonorroe (Kenyon 2023) en de mindere secundaire transmissie via vrouwen vooralsnog niet geadviseerd om alle vrouwen oraal op gonorroe te testen. Voor de praktijk wordt een gedifferentieerd testbeleid voorgesteld.

6.4.4 Microbiologische overwegingen NAAT-testen gonorroe

Door het standaard testen van gonorroe bij alle cliënten is er een hoger aantal fout-positieve diagnoses te verwachten in groepen met een lage a priori kans op gonorroe. (Katz 2004, Klausner 2004). Kweek van *Neisseria gonorrhoeae* uit een patiënt is een zekere diagnose indien de kweek slaagt. Toch kunnen daar zaken als monsterverwisseling, laboratoriumcontaminatie en onjuiste bacteriële determinatie voorkomen en kweken hebben geen 100% sensitiviteit.

NAAT-testen zijn gevoeliger, maar de specificiteit van NAAT is niet 100%. Het is mogelijk om een NAAT te confirmeren met een tweede NAAT met een ander target. Bij voorkeur heeft de gebruikte test een positief voorspellende waarde van >90% bij screening op gonorroe. Zie voor achtergronden de Guidance for the detection of gonorrhea in England (Hughes 2014). Op deze website is ook een tool beschikbaar om de positieve predictieve waarde te berekenen. Een extra probleem is dat de NAAT's doorgaans door de fabrikant gevalideerd zijn

voor urogenitale monsters. Voor rectale en faryngeale monsters zijn wel veel gegevens m.b.t. een aantal commercieel veel gebruikte NAAT's beschikbaar die aangeven dat de specificiteit daar ook hoog is, maar mogelijk toch iets lager dan voor urogenitale monsters. Lagere NAAT-loads in rectale en faryngeale monsters maken echter de bevestiging van een positieve test ook lastiger (Palmer 2003, Katz 2004, McNally 2008, Ota 2009, Hughes 2014).

Advies: Bespreek met je laboratorium de kans op fout-positieve gonorroetesten, met name bij extragenitale testen. Wat is bekend over de gebruikte test? Wat doet het laboratorium om positieve testen te confirmeren, met name bij extragenitale testen? Vragen over deze materie/casussen kunnen ook aan het Nationale Gonococcen Referentielaboratorium bij het streeklaboratorium van de GGD Amsterdam gesteld worden.

6.5 Testbeleid hiv

6.5.1 Opsporen hiv-infecties

Het opsporen van hiv-infecties en met name het tijdig opsporen van acute infecties is een prioriteit in de publieke gezondheidszorg op het CSG. Daarom wordt in dit draaiboek uitgebreid op de praktijk van hiv-testen ingegaan. De meeste hiv-infecties worden buiten de CSG's gediagnosticeerd (SHM 2023). Het belang van het testen op hiv bij indicatorziekten en in locaties met een hogere hiv-prevalentie wordt steeds belangrijker.

Bespreek bij een cliënt met een positieve hiv-test of er <72 uur een seksueel transmissierisico is geweest waarbij hiv-postexpositieprofylaxe (PEP) geïndiceerd kan zijn voor de (seks)partner (Pilcher 2010).

Bij het hiv-testbeleid geldt, net als bij andere soa's, het principe van opt-outtesten: er wordt getest tenzij iemand weigert. Dit beleid wordt uitgelegd aan de cliënt. Probeer bij weigeraars van een hiv-test erachter te komen welke belemmeringen zij ervaren. Gezien behandelmogelijkheden en daarmee ook het doorbreken van transmissie (in een mogelijk zeer infectieus stadium van de infectie), zijn er rationeel gezien alleen maar redenen om wel te testen. Registreer wat er besproken wordt met de cliënt.

Bij cliënten met klachten passend bij acute hiv-infectie wordt ernaar gestreefd om de diagnose zo snel mogelijk te stellen. Dit is in het belang van de cliënt en het maakt tijdige doorverwijzing mogelijk. Bij het testen op hiv moet dan ook gericht naar klachten passend bij acute hiv-infectie gevraagd worden. Suggestief voor een acute hiv-infectie zijn: klachten van recent gewichtsverlies, braken, diarree, gewrichtspijn, recente koortsepisode[7], met daarbij verschijnselen van genitale en orale ulcera en opgezette lymfeklieren. Tevens komen voor klachten van misselijkheid, spierpijn, huiduitslag, keelpijn, nachtzweten, vermoeidheid en hoofdpijn (Cohen 2011, Wood 2014).

Hiv-testen op het CSG gebeuren door middel van een vierdegeneratie-hiv-combotest. Deze test kan hiv in een vroeg stadium (het antigencomponent p24) aantonen. Hiv-sneltesten zijn aanvullende diagnostiek voor mensen met een hoog risico op hiv, maar missen mogelijk acute infecties, vanwege de zeer lage sensitiviteit van de p24-component (Smallwood 2016, Rosenberg 2012). Hiv-sneltesten kunnen tevens gebruikt worden als confirmatietest na een positieve hiv-test om verwisseling uit te sluiten.

[7] Griepachtig beeld zonder hoesten en verkoudheid, lijkend op de ziekte van Pfeiffer.

6.5.2 Bestaande typen hiv-testen

Screening en bevestigingstesten
In de seksuele gezondheidszorg worden voor hiv-screening vierdegeneratie-Ag/Ab-hiv-combotesten gebruikt, een combinatie van hiv-1/2-antigen-/antistoftest. Deze vierdegeneratie-ELISA verkort het detectie-interval na hiv-expositie tot 15-20 dagen. Het gebruik van een hiv-1-RNA-test kan dit detectievenster nog verder verkorten naar 7-10 dagen na transmissie, maar voor reguliere screening wordt de Ag/Ab-hiv-combotest gebruikt. (Cohen 2011, Hoornenborg 2014). Een hiv-1-RNA-test heeft dus een beperkte meerwaarde voor de praktijk (Dijkstra 2021). Voor een bevestiging van de hiv-infectie wordt een blottest verricht, waarmee de exacte antigenpatronen van hiv-1- en hiv-2-infecties aangetoond worden. De hiv-RNA-test wordt laagdrempelig ingezet tijdens (long-acting) PrEP-gebruik vanwege de mogelijk vertraagde antistof-ontwikkeling.

Hiv-sneltesten op locatie CSG
Hiv-sneltesten hebben als voordeel dat een niet-reactieve test “gerust kan stellen” en er geen wachttijd is voor de uitslag. Sneltesten kunnen de toegankelijkheid tot testen verhogen in landen met minder goede infrastructuur, maar ook in moeilijk bereikbare risicogroepen. Met een sneltest is zeker dat de cliënt een uitslag krijgt. Ook al moet bij een reactieve hiv-sneltest bevestigd worden dat er sprake is van een hiv-infectie, de cliënt kan alvast nadenken over de waarschijnlijke diagnose, over de behandelmogelijkheden en over de (seks)partners die geïnformeerd moeten/kunnen worden.

Vooralsnog is er geen hiv-combosneltest beschikbaar met voldoende sensitiviteit t.a.v. acute hiv-infectie (p24-Ag-component) (Fox 2011, Kilembe 2012, Patel 2012, Rosenberg 2012, Pilcher 2013, Smallwood 2016). Er is een verbeterde combosneltest op de markt, met een sensitiviteit van 65% in sera die nog antistofnegatief waren (Van Tienen 2018). Vanwege de grote bijdrage aan transmissie van hiv is het juist bij acute hiv-infecties van belang om zo snel mogelijk een uitslag te hebben.

6.5.3 Indicatie hiv-sneltesten

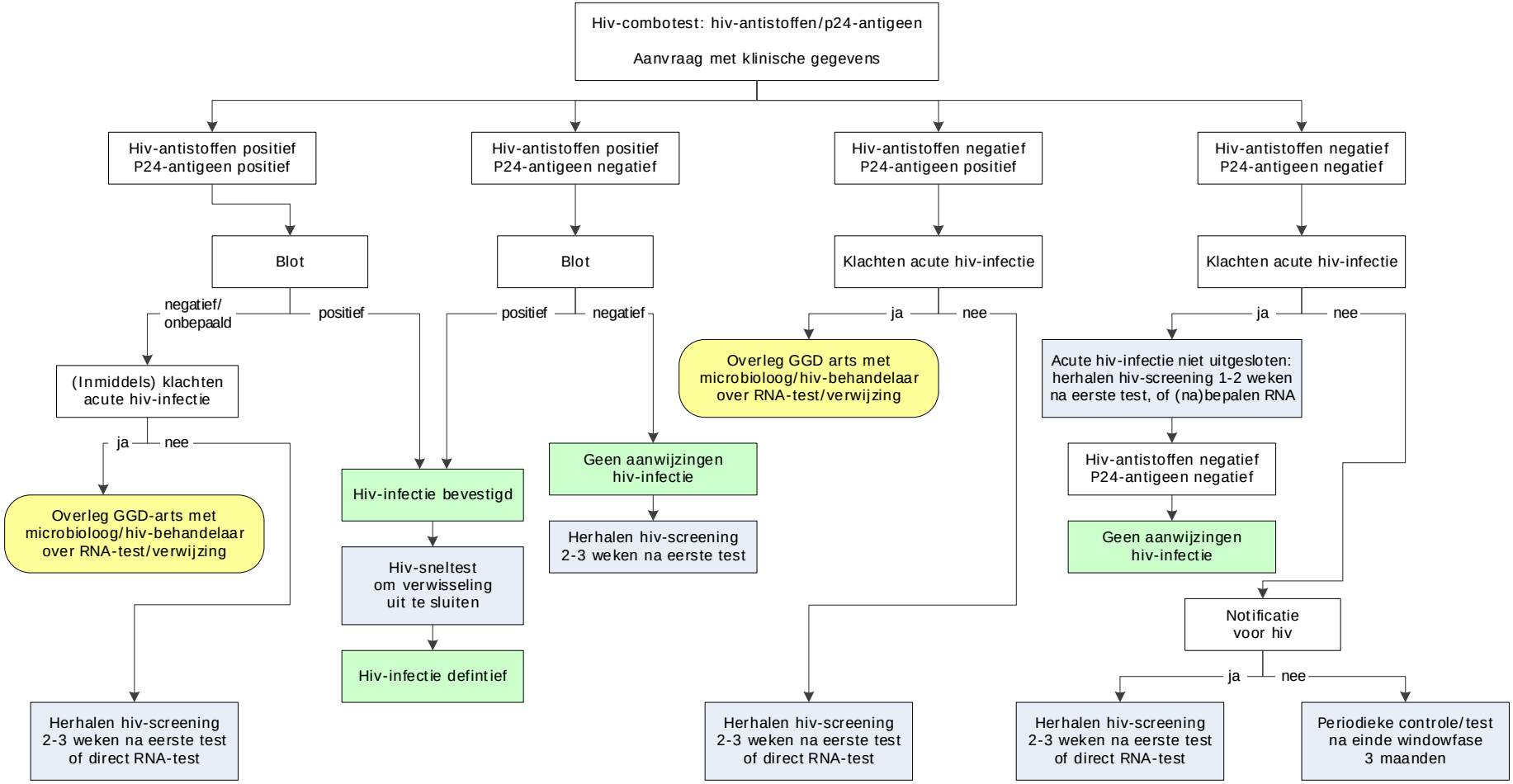
- Bij een primair consult kan ervoor gekozen worden om de reguliere combotest te combineren met een hiv-sneltest bij personen met een verhoogd risico op hiv-infectie: MSM die nooit of lange tijd niet getest zijn, bij een notificatie voor hiv, mensen afkomstig uit gebieden met een hoge prevalentie van hiv en/of bij grote angst voor hiv.
- Om monsterverwisseling uit te sluiten kan bij een cliënt met een nieuw vastgestelde hiv-infectie een sneltest gedaan worden.
- Bij elke hiv-sneltest die op het CSG wordt uitgevoerd, wordt ook bloed afgenomen voor reguliere combotest

Een reguliere combotest kan met spoed (CITO) aangevraagd worden bij het laboratorium.

6.5.4 Algoritme voor hiv-testbeleid

Het algoritme voor hiv-combotest is uitgewerkt in figuur 6.2. Maak afspraken met de microbioloog over het herhalen van diagnostiek.

Figuur 6.2 Algoritme hiv-combotest.



Praktijk hiv-test:

- Meld op de aanvraag van de hiv-test voor het laboratorium, indien aanwezig, klachten passend bij hiv-infectie.
- De uitslag is gespecificeerd naar Ag/Ab: hiermee wordt het mogelijk een acute infectie te diagnosticeren.
- Bespreek met het laboratorium het beleid.
  - Bij niet bevestigde hiv-infecties/mogelijk fout-positieve testen.
  - Bespreek bij welke klachten en risicogedrag een RNA-test ingezet wordt en wanneer een herhaaltest na 2 weken wordt ingezet.
- Bespreek met het hiv-behandelcentrum hoe en op welk moment cliënten met verdenking acute hiv-infectie verwezen worden, ook voor bevestiging van de diagnose.

Praktijk hiv-sneltest:

- Een algoritme voor het testbeleid na een reactieve sneltest: spreek met het lab af dat verdere diagnostiek versneld wordt door tegelijk met de vierdegeneratie-combotest een blottest uit te voeren

6.5.5 Vervolg testen hiv bij negatieve vierdegeneratie-combotest

Uitsluiten van een hiv-infectie kan met deze test pas 3 maanden na het laatste risicocontact. In geval van hoog risico op hiv-infectie (bijvoorbeeld bij personen met een notificatie voor hiv) is het advies om de hiv-test te herhalen 3-4 weken na het laatste seksuele contact (of indien laatste seksuele contact niet bekend: 3-4 weken na de eerste test) dus voor het einde van de windowfase (zie figuren 6.2 en 6.3). Bij klachten, een hoge verdenking op een infectie of mogelijk vertraagde antistof ontwikkeling (bijvoorbeeld door PrEP gebruik, of mensen met een afweerstoornis): overweeg een hiv-RNA-test.

6.6 Testbeleid syfilis

Syfilisdiagnostiek gebeurt doorgaans met een treponemale screeningstest zoals een EIA (enzyme immuno assay) of een CLIA(chemiluminescence immuno assay). De Western blot is een treponemale test die vaak als confirmatietest gebruikt wordt voor de screeningstest.

Om onderscheid te maken tussen een actieve en doorgemaakte infectie gebruikt men non-treponemale testen. De uitslag hiervan is een maat voor de activiteit van infectie. Non-treponemale testen zijn de VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory)- en RPR (rapid plasma reagin)-test. Beide testen zijn valide, maar de kwantitatieve resultaten kunnen niet vergeleken worden omdat de RPR-titers vaak hoger zijn dan de VDRL-titers. De titers van deze testen zijn ook niet vergelijkbaar tussen verschillende laboratoria.

Na adequate behandeling verdwijnen antistoffen die in de VDRL- of RPR-test reageren meestal en zal de test uiteindelijk vaak negatief worden. De VDRL- of RPR-test wordt daarom ook gebruikt om het effect van therapie te vervolgen. Bij sommige patiënten treedt echter een zogenaamde ‘serofast’-reactie op, waarbij nontreponemale antilichamen voor een langere tijd of zelfs levenslang persisteren. In veel gevallen hoeft dit niet te duiden op ineffectiviteit van de behandeling.

Bovendien kan de VDRL- of RPR-test fout-positief zijn bij aandoeningen waarbij er weefselschade optreedt, zoals bij een infectie met een ander pathogeen, reuma, autoimmuunziekten en bij maligniteiten. Deze reactie kan zich ook voordoen bij gezonde personen, dan met name bij zwangeren en

ouderen. Deze reactie treedt in minder dan 1% van de gevallen op en kan binnen 6 maanden voorbij gaan of chronisch zijn (Geusau 2005).

Bij klachten van een nattende huidlaesie (zoals een ulcus of condylomata lata) is naast serologie ook een PCR syfilis aangewezen al dan niet in combinatie met donkerveldmicroscopie.

Na gebruik van antibiotica (o.a. tetracyclinen, cefalosporinen en macroliden) kan de serologie van een vroeg incuberende syfilisinfectie negatief blijven of worden (i.e. syfilis decapité). Een PCR-uitstrijk van een ulcus kan syfilisinfectie in dat geval aantonen. Herhalen van de serologie is, ook vanwege de windowperiode, aangewezen als de syfilisserologie negatief blijft na recent antibioticagebruik. Let hierbij ook specifiek op het gebruik van doxyPEP. Sulfonamiden en de chinolonen maskeren de syfilisserologie niet.

Testalgoritmes kunnen verschillen in laboratoria; maak afspraken hierover met de microbioloog. Overweeg om voor cliënten die bij hun CSG-consult een positieve screeningstest hadden, bij vervolgdiagnostiek (bij het vervolgen van de RPR/VDRL-titer na behandeling of diagnostiek van mogelijk nieuwe infecties) alleen RPR/VDRL-testaanvragen mogelijk te maken. Immers een screeningstest blijft bijna altijd positief.

Tijdens de behandeling voor lues dient opnieuw een RPR bepaald te worden. Deze kan als uitgangswaarde worden gebruikt voor follow-up. Bij elke serologische controle na syfilisbehandeling horen neurologische klachten uitgevraagd te worden. Bij inadequate RPR/VDRL-daling of een titerstijging en/of klachten passend bij neurolues is neurologisch onderzoek (casu quo verwijzing naar de neuroloog) geïndiceerd of behandeling voor nieuwe infectie als dat het meest waarschijnlijk lijkt. Maak voor verwijzing lokale afspraken i.s.m. met dermatoloog, neuroloog en/of hiv-behandelaren.

6.7 Testbeleid *Trichomonas vaginalis* en *Mycoplasma genitalium*

Het routinematig screenen op *Mycoplasma genitalium* (Mg) en *Trichomonas vaginalis* (Tv) hoort niet bij de taken van het CSG. Er bestaat geen publieke gezondheidswinst hiervoor en routinematige screening is niet zinvol. Een CSG kan er echter voor kiezen om op indicatie wel te testen op Mg of Tv. De indicaties staan hieronder beschreven.

Wie testen?
Mg: mannen met aanhoudende urethritisklachten (die minimaal 4 weken bestaan), waarbij chlamydia en gonorroe reeds is uitgesloten of behandeld is. Daarbij dienen andere oorzaken (bijvoorbeeld mechanische manipulatie, bekkenbodemproblematiek) uitgevraagd te worden.

Tv: Vrouwen met vaginitisklachten (+pH>5)en mannen met aanhoudende klachten gedurende 4 weken en chlamydia/gonorroe is negatief en/of behandeld.

Daarnaast geldt voor zowel Mg als Tv dat personen met een notificatie door een huidige sekspartner met klachten ook getest kunnen worden.

Hoe behandelen?
Aanbevolen behandeling van Mg-infecties volgens de MDR soa's:

- Indien er geen resistentietypering is gedaan of wanneer er geen sprake is van MRAM (indien bekend):
  - azitromycine 500 mg p.o. eenmalig op dag 1 en 250 mg p.o. 1 dd op dag 2 t/m 5.
- Bij aanhoudende klachten na eerdere behandeling met azitromycine (zowel single-dose als langere kuur)
  OF wanneer bij resistentietypering MRAM is aangetoond:
  - moxifloxacine 400 mg p.o., 1 dd gedurende 7 dagen.

Aanbevolen behandeling urethrale Tv-infecties:

- metronidazol 2000 mg p.o., eenmalig (4 tabletten van 500 mg).

Aanbevolen behandeling vaginale Tv-infecties:

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

Bij het aanhouden van klachten ondanks adequate behandeling, kan verwijzing naar de uroloog worden overwogen.

6.8 Screening en testbeleid hepatitis B

Het doel van testen op hepatitis B is:

- binnen het Hepatitis B-vaccinatieprogramma voor risicogroepen (MSM en sekswerkers) (zie hepatitis B-vaccinatieprogramma risicogroepen) de status van hepatitis B-infectie aantonen (of vatbaar of doorgemaakt/geïnfecteerd);
- om hepatitis B-geïnfecteerden (dragers) op te sporen onder mensen met een migratieachtergrond en personen met notificatie voor hepatitis B.

Na seksueel geweld is er ook een indicatie tot HBV-screening (ongeacht acuut/niet-acuut seksueel geweld).

Het Nationaal Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid ambieert een daling van het aantal nieuwe acute HBV-infecties in Nederland naar 0.

Het hepatitis B-screeningsbeleid onder migranten op het CSG is om eenmalig te screenen bij eerste generatiemigranten. Nederlands onderzoek naar prevalentie van dragerschap en doorgemaakte infectie toont aan dat hepatitis B-dragerschap vooral bij eerstegeneratiemigranten verhoogd is. De prevalentie bij tweedegeneratiemigranten is vergelijkbaar met die in de Nederlandse bevolking (Hahne 2012). Het advies bij iemand met indicatie tot screening met in anamnese dragerschap of doorgemaakte hepatitis B-infectie is om dit eenmalig serologisch te bevestigen.

Hoe testen?
Anti-HBcore-test, indien positief gevolgd door HBsAg om dragerschap uit te sluiten. Bij een positieve anti-HBcore-test en een negatieve HBsAg wordt er over het algemeen van uitgegaan dat cliënt hepatitis B doorgemaakt en geklaard heeft. Eventueel kunnen ook andere hepatitis B-testmarkers bepaald worden. In sommige gevallen kan er sprake zijn van een geïsoleerde anti-HBcore-test; zie voor verdere informatie en beleid hierbij de bijlage markers en testsituaties bij de LCI-richtlijn hepatitis B.

Het testen van antistoffen na vaccinatieserie
Uitvragen van de vaccinatiestatus is relevant bij personen met een vaccinatie-indicatie, bij personen met notificatie voor hepatitis B en bij personen die gaan starten met PrEP. De vaccinatiestatus wordt bij voorkeur geverifieerd in het HBV-vaccinatiedossier of het vaccinatieboekje.

Binnen het Hepatitis B-vaccinatieprogramma risicogroepen, dat gericht is op bescherming op populatieniveau, is niet voorzien in een titerbepaling (anti-HBs) bij een individu om de bescherming aan te tonen na een vaccinatieserie. Als er een antistof-titer wordt bepaald gebeurt dit op kosten van de cliënt (via huisarts/zorgverzekeraar) of van de GGD. Het advies is dan om 4 tot 8 weken na de laatste vaccinatie in de vaccinatieserie deze antistoftiter te laten bepalen. Indien die antistoftiter (anti-HBs) <10 IU/l is, wordt er vanuit het hepatitis B-vaccinatieprogramma risicogroepen een extra vaccinatieserie aangeboden; zie voor het beleid bij non-responders (of poor-responders) het Hepatitis B-vaccinatieprogramma. Het Hepatitis B-vaccinatieprogramma risicogroepen voorziet niet in een boostervaccinatie (en de antistoftiter hierna). De cliënt zal hiervoor zelf de kosten moeten dragen en de booster via de huisarts of de reizigerspoli moeten verkrijgen.

6.9 Testbeleid LGV

Het testen van LGV serovartypering chlamydia gebeurt in de praktijk op rectaal chlamydia-positief NAAT-materiaal. Door de veranderingen in het chlamydiatestbeleid is de aanvraag van deze test ook veranderd. Wanneer er geen indicatie is voor chlamydiadiagnostiek, maar wel voor diagnostiek naar LGV, dan dient enkel de LGV-test gedaan te worden door het lab.

Indicatie LGV serovartypering chlamydia op rectaal chlamydia-positief NAAT-materiaal:
- alle MSM;
- (seks)partners van personen met LGV.

Op andere lichaamslocaties wordt een chlamydia niet doorgetest op LGV.

Epidemiologische informatie
LGV komt voornamelijk bij MSM voor; veelal (maar niet beperkt tot) hiv-positieve MSM (Van Aar 2020). De laatste jaren wordt een stijging gezien bij hiv-negatieve MSM (Van Wees 2022). Hierbij zijn niet altijd klachten aan te wijzen (De Vrieze 2013).

Achtergrondinformatie LGV-serovartypering
NAAT-screeningstesten voor chlamydia zijn zeer sensitief en tonen ook een lage bacteriële load aan. LGV-typerings- PCR-testen hebben een andere target, voor LGV en non-LGV. Dit kan betekenen dat de chlamydiatest positief is, maar wanneer er doorgetest wordt op LGV, de uitslag van chlamydia bij die test als negatief terug gerapporteerd wordt. Dit heeft te maken met het andere target van de LGV-test. Dit kan discrepanties in chlamydia-uitslag verklaren.

Ook kan het zijn dat de LGV-test als inconclusive teruggerapporteerd wordt. In dit geval wordt de test niet herhaald. In geval van proctitis klachten wordt cliënt als positief beschouwd en behandeld.

6.10 Testbeleid hepatitis C

Het Nationaal Actieplan ambieert een daling van het aantal nieuwe acute hepatitis C-infecties in Nederland naar 0. Het CSG richt zich met het testbeleid op het opsporen van recente en langer bestaande infecties bij mensen met een verhoogd risico op het oplopen van hepatitis C door seksuele handelingen. Het doel is op populatieniveau de transmissie van hepatitis C te doorbreken. Dit naast het belang voor de individuele gezondheid, door de mogelijkheid van behandeling.

HCV-screening van ooit-intraveneus-drugsgebruikers en migranten uit gebieden met een hoge prevalentie van hepatitis C behoort niet tot de taken van een CSG, hoewel daar wel een individuele indicatie voor bestaat.

Zie figuur 6.3 voor indicaties voor testen.

Testindicaties voor hepatitis C bestaan bij:

- hiv-positieve MSM;
- MSM met verhoogd risico door risicogedrag of infecties die kans op overdracht van hepatitis C verhogen;
- MSM die PrEP gebruiken.

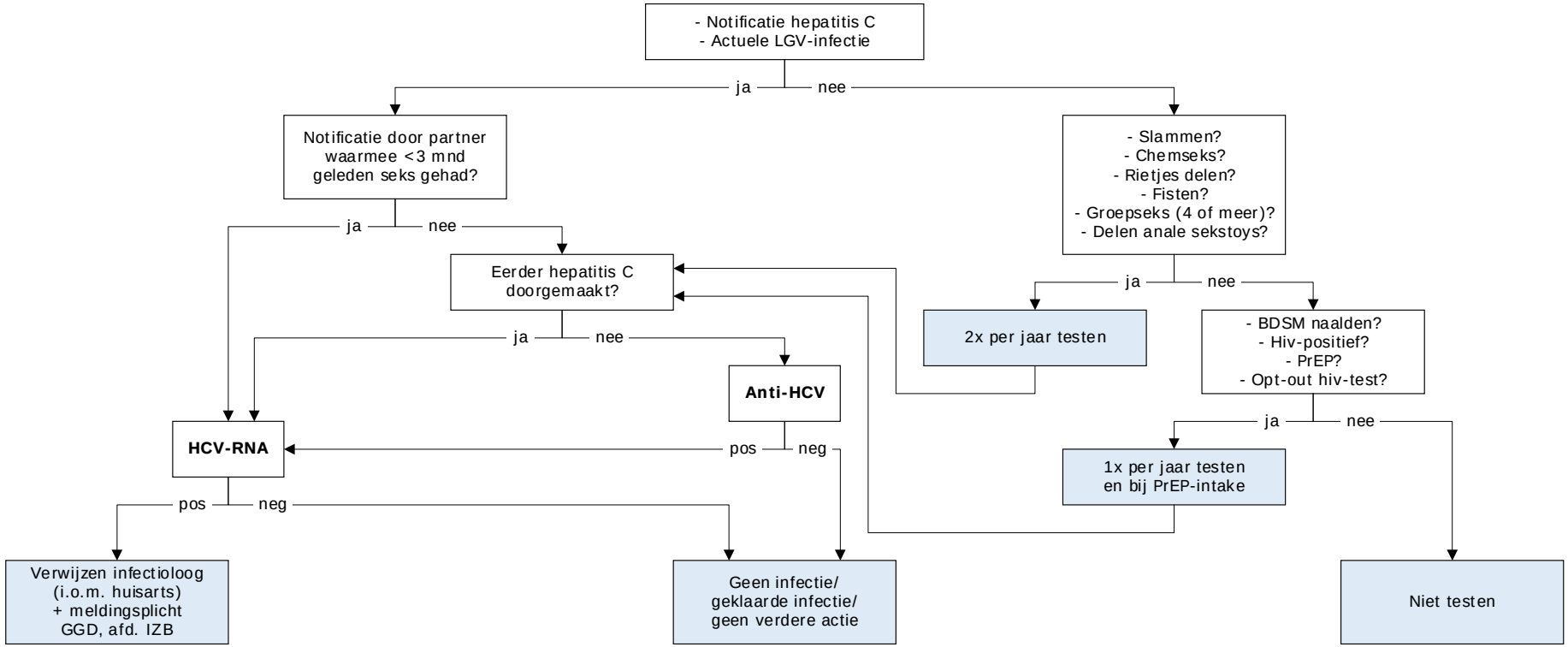
Hiv-positieve MSM:
Het testen op hepatitis C bij nieuwe hiv-infecties is geïndiceerd. MSM met een bestaande hiv-infectie worden volgens richtlijnen van de NVHB 2 keer per jaar gescreend op ALAT; bij het eerste consult, en daarna jaarlijks, wordt een anti-HCV-test verricht indien er sprake is van risicogedrag. Zie ook de Nationale hiv behandelrichtlijn, hoofdstuk Controle van mensen met antiretrovirale behandeling. Het valt te overwegen om bij hiv-positieve MSM met een hoog risico op hepatitis C op indicatie vaker te testen volgens figuur 6.3.

Aanbevolen wordt om als centrum seksuele gezondheid afspraken te maken met het hiv-behandelcentrum in de regio over een gezamenlijk testbeleid. Bijvoorbeeld door MSM met hiv jaarlijks op HCV te testen via het hiv-behandelcentrum en bij hoog risico een keer extra op het CSG.

MSM met specifiek risico:
Het is *aanbevolen* om MSM met LGV-infecties, MSM die zich niet willen laten testen op hiv, en MSM die door een (seks)partner geïnformeerd zijn over hepatitis C te screenen op HCV door een antistoftest: anti-HCV. Recente infecties kunnen daarbij gemist worden; daarom is de aanbeveling om degene die geïnformeerd zijn voor hepatitis C door een recent sekscontact op HCV-RNA te testen (zie figuur 6.3). Dit is de meest sensitieve test voor vroegopsporing (Overleg met laboratorium of dat kan uit serum of dat EDTA-buis nodig is).

Gevonden risicofactoren bij MSM met acute hepatitis C zijn: onbeschermde anale seks, fisten, seks met hepatitis C-geïnfecteerden, intraveneus drugsgebruik (slammen), het delen van naalden en rietjes bij drugsgebruik, en drugsgebruik en ulceratieve soa (Ireland 2017). De BASHH adviseert een op risicofactoren gebaseerd testbeleid bij hiv-negatieve MSM (Fitzpatrick 2017).

Figuur 6.3 Stroomschema hepatitis C-diagnostiek bij MSM



MSM die PrEP gebruiken:
MSM die PrEP gebruiken worden getest conform de Nederlandse multidisciplinaire richtijn pre-expositieprofylaxe (PrEP) ter preventie van hiv (MDR hiv-PrEP). Zie hoofdstuk 4 van de MDR hiv-PrEP voor het hepatitis C-testbeleid bij MSM die PrEP gebruiken.

Algemeen:
- Vervolgbeleid bij positieve bevestigde screeningstest: probeer uit te vinden of het een recente infectie betreft. Een RNA-test kan eventueel ook in de reguliere zorg uitgevoerd worden. Als anamnestisch geen duidelijkheid is over de recentheid van de infectie: overleg met de infectioloog.
- Een hepatitis C-infectie is meldingsplichtig.
- Cliënten met een hepatitis C-infectie worden verwezen naar een infectioloog of MDL-arts voor behandeling, in samenspraak met de huisarts.
- Er lopen studies naar behandeling van acute hepatitis C. Patiënten die geïncludeerd worden, kunnen behandeld worden met direct acting antivirals.
- Voor partnerwaarschuwing, zie LCI-draaiboek Partnermanagement.

6.11 Hertest en test-of-curebeleid

Het testbeleid na een behandeling is onder te verdelen in een hertest, waarbij opnieuw een test wordt gedaan om een (her)infectie op te sporen, en een test-of-cure, die als doel heeft therapiefalen uit te sluiten.

Hertesten bij chlamydia- en gonorroe-infecties
Voor deze infecties gold een hertestadvies na 4-6 maanden. Met de nieuwe kennis t.a.v. chlamydiadiagnostiek is dit advies voor chlamydia vervallen, indien een cliënt nadien geen klachten ervaart.

Uit onderzoek is echter bekend dat personen met een chlamydia- of gonorroe-infectie een verhoogd risico hebben weer een dergelijke infectie op te lopen. (Dukers-Muijrers 2013, Götz 2013a, Götz 2013b, Hughes 2013). Het is dus belangrijk om dit met cliënten te bespreken en hierop te counselen.

Test-of-cure bij LGV-infectie
Indien er sprake is van een lymphogranuloma venereum (LGV)-infectie, dan wordt, indien klachten aanhouden na behandeling, een test-of-cure gedaan. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat ook juist door antibiotische behandeling klachten passend bij proctitis zoals afscheiding (tijdelijk) kunnen worden veroorzaakt (De Vries 2009). Ook is een test-of-cure aangewezen als de infectie niet is behandeld met een eerste keus antibioticum.

Test-of-cure bij gonorroe-infectie
Wanneer een cliënt behandeld is voor een gonorroe-infectie is het advies enkel een test-of-cure te doen indien er niet met eerste keus middel ceftriaxon is behandeld (tenzij antibiogram gevoeligheid voor het gebruikte antibioticum aantoont). Hierbij dient dan ook een kweek afgenomen te worden voor resistentiebepaling (De Vries 2011). Een uitzondering op dit beleid vormt een faryngeale gonorroe-infectie, zoals hieronder verder wordt beschreven.

Test-of-cure bij faryngeale gonorroe-infectie
Een test-of-cure 15-28 dagen na behandeling van gonorroe in de farynx zou verstandig zijn gelet op monitoring van optredende resistentie. Dit omdat gonorroe-infecties in de farynx moeilijker te eradiceren zijn dan ano- en urogenitale infecties, en vaker therapie falen laten zien.

In de praktijk wordt dit beleid vanwege de haalbaarheid weinig uitgevoerd. Mocht er resistentie worden aangetoond in Nederland, dan zal dit strikter opgevolgd moeten worden.

Bij recidiverende keelklachten na een gonorroe-infectie moet een kweek, naast NAAT standaard worden afgenomen, waarbij ook gevraagd moet worden naar seksueel gedrag sinds de behandeling. In geval van een positieve uitslag wordt er behandeld met ceftriaxon of naar gevoeligheid van het antibiogram. Echter kunnen persisterende klachten niet volledig als diagnosticum dienen, omdat vrijwel alle faryngeale gonorroe-infecties asymptomatisch verlopen (90%).

In Amsterdam werd gevonden dat bij een test-of-cure 15-28 dagen na behandeling 1% (1/105) NAAT-positief was (Hananta 2017).

In de MDR soa's worden als alternatieve therapie bij ceftriaxon-therapiefalen de volgende combinaties geadviseerd:
- combinatie van ceftriaxon 1000 mg i.m., eenmalig en azitromycine 2000 mg p.o., eenmalig;
- combinatie van gentamicine 240 mg i.m., eenmalig en azitromycine 2000 mg p.o., eenmalig.

Indien een kweek beschikbaar is, kan een antibioticum geselecteerd worden waar gonorroe nog wel gevoelig voor is.

NB: Voor bovenstaande uitspraken over de tijdsduur tot de test-of-cure, dan wel de behandeling bij een positieve test-of-cure is vooralsnog niet voldoende bewijs aan te leveren. De uitspraken worden gedaan op basis van onderzoeken welke toegekend zijn met een laag niveau van bewijsvoering.

6.12 Testadvies specifieke groepen

Vanwege de hoge infectiedruk en het grote risico op transmissie, worden MSM en sekswerkers geadviseerd zich regelmatig op soa te laten onderzoeken:
- MSM worden geadviseerd zich tweemaal per jaar te laten testen op alle soa op alle lichaamslocaties en als er sprake is van klachten of een waarschuwing.
- Sekswerkers wordt aangeraden zich minimaal tweemaal per jaar te laten testen op alle soa op alle lichaamslocaties en als er sprake is van klachten of een waarschuwing. MSM- en transgender sekswerkers wordt geadviseerd zich viermaal per jaar te laten testen op alle soa en alle lichaamslocaties.
- Sekswerklocaties worden regelmatig bezocht met een aanbod van soa-testen op locatie zodat sekswerkers zich, eenvoudiger en laagdrempeliger, regelmatig op soa kunnen laten onderzoeken.

Voor het testadvies na een seksaccident waarvoor PEP is voorgeschreven: zie het LCI-draaiboek Seksaccidenten.

Bij elke MSM wordt aangegeven dat een hiv-, syfilis- en hepatitis B-infectie (indien niet gevaccineerd of non-responder) pas uitgesloten kan worden 3 maanden na het laatste risicocontact of seksaccident. Bij personen met hiv kan het langer dan 3 maanden duren voor er een antistofrespons gevonden wordt, hier moet rekening mee gehouden worden bij het uitsluiten van een hepatitis C-infectie.

6.13 Instructie swabafname

Om de betrouwbaarheid van de testen te vergroten, is het van belang dat er een goede instructie plaatsvindt voor afname van de materialen. Hieronder staat deze instructie beschreven.

Stem deze instructie af met de leverancier van het testmateriaal. In de meeste situaties zal de cliënt de swabs zelf afnemen. Soms kan het nodig zijn dat de professional dit doet. Verwerking van het afgenomen materiaal is conform afspraken met het laboratorium, met name procedures rondom het markeren van het materiaal met NAW-gegevens en transport.

Afname vaginale swab

- Informeer de cliënte de wattenstok ongeveer halverwege vast te houden (eventueel bij het breekpunt als dat op de stok zit).
- Strijk met een draaiende beweging de wattenstok 2-3 cm in de vagina en draai gedurende minimaal 10 seconden langs de vaginawand.

Afname farynxswab

- Mond openen met tong naar beneden (eventueel “aa” laten zeggen of tongspatel gebruiken).
- Wrijf de wattenstok langs beide gehemeltebogen en eventueel langs de amandelen. Een kokhalsreflex is een teken dat de swab goed is afgenomen (Mitchell 2013, Razali 2010).

NB: Uit meerdere onderzoeken blijkt dat zelfafname oraal ook mogelijk en betrouwbaar is (Freeman 2011, Alexander 2008, Wayal 2009).

Afname anale swab

- Strijk met een draaiende beweging de wattenstok 2 tot 3 cm in de anus en draai gedurende minimaal 10 seconden langs de anuswand.

Verzamelen urinemonster

- Belangrijk is dat eerstestraals urine verzameld wordt. Bij voorkeur heeft de cliënt 1 uur voorafgaand aan monstername niet geplast (NHG beslisboom).

Afname urethraswab voor kweek gonorroe

- Wanneer er klinisch verdenking is op een gonorroe-infectie of nadat NAAT gonorroe-infectie aantoonde.
- Neem de swab vóór behandeling af.
- Strijk met een draaiende beweging een wattenstok of entstok in de urethra of vang/strijk pus op vanuit de meatus met de entstok.
- Uitstrijken op kweekplaat conform instructies van je laboratorium
- Er zijn ook mogelijkheden om te kweken met een E-swab waarbij kweek uit urine kan gebeuren.

Afname oculaire swab

- Bij verdenking op een oculaire infectie van chlamydia (helder oogvocht en conjunctivitis) of gonorroe (pussend oogvocht); deze zijn vaak eenzijdig.
- Trek het onderste ooglid iets naar onderen en strijk met het swabje over de binnenkant van het onderste ooglid terwijl de cliënt naar boven kijkt.

Poolen van swabs

Poolen van swabs betekent dat diagnostiek wordt uitgevoerd op een gecombineerd monster dat bestaat uit de swabafnames van verschillende (extra-)genitale lichaamslocaties van een cliënt. Hiervoor zijn meerdere technische oplossingen, kostenbesparing zou kunnen oplopen tot 40%. Recent onderzoek laat zien dat de specificiteit van gepoolde monsters ruim boven de 98% ligt (Jiang 2023), sensitiviteit kan wisselen, maar lijkt voor gonorroe vaak acceptabel (tussen 82-100%) (Verougstaete 2020, Jiang 2023).

Voordat een CSG besluit over te gaan tot het poolen van samples is een validatie van de bepaling door het verantwoordelijke laboratorium alsook een beleid rondom resistentiekweken voor gonorroe vereist.

Referenties

- van Aar F, Kroone MM, de Vries HJ et al. 2020. Increasing trends of lymphogranuloma venereum among HIV-negative and asymptomatic men who have sex with men, the Netherlands, 2011 to 2017. Euro Surveill 25(14):1900377.
- Alexander S, Ison C, Parry J et al. 2008. Self-taken pharyngeal and rectal swabs are appropriate for the detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in asymptomatic men who have sex with men. Sex Transm Infect 84(6):488-492.
- Barbee LA, Soge OO, Khosropour CM et al. 2021. The duration of pharyngeal gonorrhea: a natural history study. Clin Infect Dis 16;73(4):575-582.
- Buskermolen M 2013. Oral STI among women. Free University Amsterdam.
- CDC 2021. Transgender and gender diverse persons. In: Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. Centers for Disease Control and Prevention.
- Chow EP, Fairley CK 2019. The role of saliva in gonorrhoea and chlamydia transmission to extragenital sites among men who have sex with men: new insights into transmission. J Int AIDS Soc 22 Suppl 6(Suppl Suppl 6):e25354.
- Cohen MS, Shaw GM, McMichael AJ et al. 2011. Acute HIV-1 Infection. N Engl J Med 364(20):1943-1954.
- Dijkstra M 2021. Early diagnosis and immediate treatment of HIV infection. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam].
- Dukers-Muijrers NH, van Liere GA, Hoebe CJ 2013. Re-screening Chlamydia trachomatis positive subjects: a comparison of practices between an STI clinic, general practitioners and gynaecologists. Sex Transm Infect 89(1):25-27.
- Dukers-Muijrers NH, Wolffs PF, Eppings L et al. 2016. Design of the FemCure study: prospective multicentre study on the transmission of genital and extra-genital Chlamydia trachomatis infections in women receiving routine care. BMC Infect Dis 16:381.

- Dukers-Muijrers N, Janssen KJH, Hoebe C et al. 2020. Spontaneous clearance of Chlamydia trachomatis accounting for bacterial viability in vaginally or rectally infected women (FemCure). Sex Transm Infect 96(7):541–548.
- Dukers-Muijrers NHTM, Evers YJ, Hoebe CJPA et al. 2022. Controversies and evidence on Chlamydia testing and treatment in asymptomatic women and men who have sex with men: a narrative review. BMC Infect Dis 22(1):255.
- Fox J, Dunn H, O'Shea S 2011. Low rates of p24 antigen detection using a fourth-generation point of care HIV test. Sex Transm Infect 87(2):178-179.
- Fitzpatrick C, Pinto-Sander N, Williams D et al. 2017. Acute hepatitis C in HIV-uninfected men who have sex with men who do not report injecting drug use. Int J STD aids 28(11):1158.
- Freeman AH, Bernstein KT, Kohn RP et al. 2011. Evaluation of self-collected versus clinician-collected swabs for the detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae pharyngeal infection among men who have sex with men. Sex Trans Dis 38(11): 1036-1039.
- Geusau A, Kittler H, Hein U et al. 2005. Biological false-positive tests comprise a high proportion of venereal disease research laboratory reactions in an analysis of 300,000 sera. Int J STD AIDS 16(11):722-726.
- Götz HM, van den Broek IV, Hoebe CJ et al. 2013a. High yield of reinfections by home-based automatic rescreening of Chlamydia positives in a large-scale register-based screening programme and determinants of repeat infections. Sex Transm Infect 89(1):63-69.
- Götz HM, Wolfers ME, Luijendijk A et al. 2013b. Retesting for genital Chlamydia trachomatis among visitors of a sexually transmitted infections clinic: randomized intervention trial of home- versus clinic-based recall. BMC Infect Dis 13:239.
- Götz HM 2014. Wijzigingen ASG regeling: consekwenties voor testbeleid. Stuurgroep ASG mei 2014.
- Hahne SJ, de Melker HE, Kretzschmar M et al. 2012. Prevalence of hepatitis B virus infection in The Netherlands in 1996 and 2007. Epidemiol Infect 140(8):1469-1480.
- Hananta IPY, De Vries HJC, van Dam AP et al. 2011. Persistence after treatment of pharyngeal gonococcal infections in patients of the STI clinic, Amsterdam, the Netherlands, 2012-2015: a retrospective cohort study. Sex Transm Infect 93(7):467-471.
- Hoornenborg E, de Bree GJ 2014. Hiv-testen bij mannen die seks hebben met mannen: de implicaties van frequenter testen en een nieuwe hiv-teststrategie. Tijdschrift voor Infectieziekten 9(4):91-96.
- Hughes G, Nichols T, Peters L et al. 2013. Repeat infection with gonorrhoea in Sheffield, UK: predictable and preventable? Sex Transm Infect 89(1):38-44.
- Hughes G, Ison C, Field N et al. 2014. Guidance for the detection of gonorrhoea in England. London: Public Heatlh England.
- Ireland G, Higgins S, Goorney B et al. 2017. Evaluation of hepatitis C testing in men who have sex with men, and associated risk behaviours, in Manchester, UK. Sex Transm Infect 93(6):404-409.
- Janssen KJH, Wolffs PFG, Hoebe C et al. 2021. Determinants associated with viable genital or rectal Chlamydia trachomatis bacterial load (FemCure). Sex Transm Infect 98(1):17–22.

- Jiang TT, Cao NX, Shi MQ et al. 2023. Using pooled urogenital, anorectal and oropharyngeal specimens to detect Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae among men who have sex with men in China: a multisite diagnostic accuracy study. BMJ Open 13(3).
- Katz AR, Effler PV, Ohye RG et al. 2004. False-positive gonorrhea test results with a nucleic acid amplification test: the impact of low prevalence on positive predictive value. Clin Infect Dis 38(6):814-819.
- Kilembe W, Keeling M, Karita E et al. 2012. Failure of a novel, rapid antigen and antibody combination test to detect antigen-positive HIV infection in African adults with early HIV infection. PLoS One 7(6):e37154.
- Klausner JD 2004. The NAAT is out of the bag. Clin Infect Dis 38(6):820-821.
- van Liere GA, Hoebe CJ, Niekamp AM et al. 2013. Standard symptom- and sexual history-based testing misses anorectal Chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoeae infections in swingers and men who have sex with men. Sex Transm Dis 40(4):285-289.
- van Liere GA, Hoebe CJ, Dukers-Muijrers NH 2014a. Evaluation of the anatomical site distribution of chlamydia and gonorrhoea in men who have sex with men and in high-risk women by routine testing: cross-sectional study revealing missed opportunities for treatment strategies. Sex Transm Infect 90(1):58-60.
- van Liere GA, Hoebe CJ, Wolffs PF et al. 2014b. High co-occurrence of anorectal chlamydia with urogenital chlamydia in women visiting an STI clinic revealed by routine universal testing in an observational study; a recommendation towards a better anorectal chlamydia control in women. BMC Infect Dis 14:274.
- van Liere GAFS, Dukers-Muijrers NHTM, Levels L et al. 2017. High proportion of anorectal Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae after routine universal urogenital and anorectal screening in women visiting the sexually transmitted infection clinic. Clin Infect Dis 64(12):1705-1710.
- van Liere GAFS, Dukers-Muijrers NHTM, Kuizenga-Wessel S et al. 2021. Routine universal testing versus selective or incidental testing for oropharyngeal Neisseria gonorrhoeae in women in the Netherlands: a retrospective cohort study. Lancet Infect Dis 21(6):858-867. Erratum in: Lancet Infect Dis 2021;21(9):e258.
- McNally LP, Templeton DJ, Jin F et al. 2008. Low positive predictive value of a nucleic acid amplification test for nongenital Neisseria gonorrhoeae infection in homosexual men. Clin Infect Dis 47(2):e25-27.
- Mitchell M, Rane V, Fairley CK et al. 2013. Sampling technique is important for optimal isolation of pharyngeal gonorrhoea. Sex Transm Infect 89(7):557-560.
- Ota KV, Tamari IE, Smieja M et al. 2009. Detection of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis in pharyngeal and rectal specimens using the BD Probetec ET system, the Gen-Probe Aptima Combo 2 assay and culture. Sex Transm Infect 85(3):182-186.
- Palmer HM, Mallinson H, Wood RL et al. 2003. Evaluation of the specificities of five DNA amplification methods for the detection of Neisseria gonorrhoeae. J Clin Microbiol 41(2):835-837.
- Patel P, Bennett B, Sullivan T et al. 2012. Rapid HIV screening: missed opportunities for HIV diagnosis and prevention. J Clin Virol 54(1):42-47.

- Pilcher CD, Christopoulos KA, Golden M 2010. Public health rationale for rapid nucleic acid or p24 antigen tests for HIV. J Infect Dis 201 Suppl 1:S7-15.
- Pilcher CD, Louie B, Facente S et al. 2013. Performance of rapid point-of-care and laboratory tests for acute and established HIV infection in San Francisco. PLoS One 8(12):e80629.
- Razali MF, Fairley CK, Hocking J et al. 2010. Sampling technique and detection rates for pharyngeal gonorrhea using culture. Sex Transm Dis 37(8):522–524.
- Rosenberg NE, Kamanga G, Phiri S et al. 2012. Detection of acute HIV infection: a field evaluation of the determine® HIV-1/2 Ag/Ab combo test. J Infect Dis 205(4):528-534.
- Smallwood M, Vijh R, Nauche B et al. 2016. Evaluation of a rapid point of care test for detecting acute and established HIV infection, and examining the role of study quality on diagnostic accuracy: a Bayesian meta-analysis. PLoS One 11(2): e0149592.
- Spitaels D, Götz HM 2014. Wanneer kun je na onbeschermde seks testen op chlamydia en gonorroe? Infectieziekten Bulletin 25(8);223-225.
- Suijkerbuijk AWM, Over EAB, van Aar F et al. 2018. Consequences of restricted STI testing for young heterosexuals in the Netherlands on test costs and QALY losses. Health Policy 122(2):198-203.
- van Tienen C, Rugebret S, Scherbeijn S et al. 2018. The performance of the Alere HIV combo point-of-care test on stored serum samples; useful for detection of early HIV-1 infections? Sex Transm Infect 94(5):331-333.
- UNAIDS 2017. UNAIDS Data 2017.
- Verougstraete N, Verbeke V, De Cannière AS et al. 2020. To pool or not to pool? Screening of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in female sex workers: pooled versus single-site testing. Sex Transm Infect 2020;96(6):417–421.
- de Vries H 2011. Extended Spectrum Cephalosporine resistentie voor gonorroe; gereed voor de komst naar Nederland. Centrum Infectieziektebestrijding (CIb/RIVM), oktober 2011.
- de Vries HJ, Smelov V, Middelburg JG et al. 2009. Delayed microbial cure of lymphogranuloma venereum proctitis with doxycycline treatment. Clin Infect Dis 48(5):e53-56.
- de Vrieze NH, van Rooijen M, Schim van der Loeff MF et al. 2013. Anorectal and inguinal lymphogranuloma venereum among men who have sex with men in Amsterdam, The Netherlands: trends over time, symptomatology and concurrent infections. Sex Transm Infect 89(7):548-552.
- Wayal SS, Llewellyn C, Smith H et al. 2009. Self-sampling for oropharyngeal and rectal specimens to screen for sexually transmitted infections: acceptability among men who have sex with men. Sex Transm Infect. 85(1):60-64.
- van Wees DA, Visser M, van Aar F et al. 2022. Sexually transmitted infections in the Netherlands in 2021. RIVM Rapport 2022-0023. Bilthoven: Rijkinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Wood E, Kerr T, Rowell G et al. 2014. Does this adult patient have early HIV infection?: the Rational Clinical Examination systematic review. JAMA 312(3):278-285.

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 afdrukken 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/ erythemateuze 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 herpessimplexvirus, maar voor deze verwekkers is het bewijs onvoldoende. Als er geen specifieke verwekker wordt gevonden, spreekt met 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 eerstestraals 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 inguïnale 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 artritis (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).

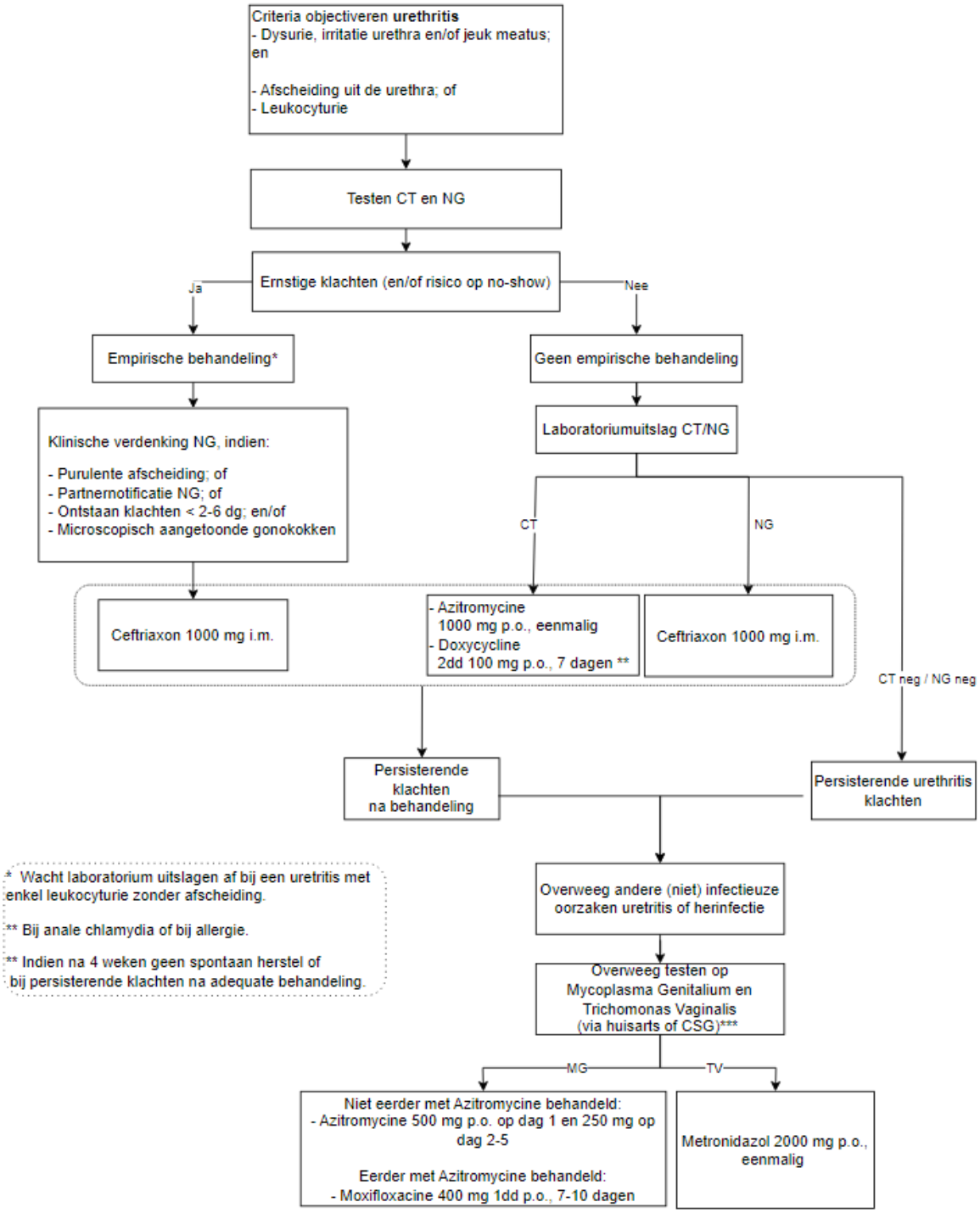
Beleid en behandeling
Zie ook figuur 7.1.

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 gonorroe-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:
  - Ceftriaxon 1000 mg i.m.
  - 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 ulcusbodem.
- 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-lidocaïnecrème (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 menstruatiebloed 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 amineluchtvrijkomt. Indien mogelijk microscopisch onderzoek van het fysiologisch zoutpreparaat:
  - clue cells* (epitheelcellen bezet met bacteriën, mogelijk wijzend op een bacteriële vaginose);
  - leukocyten (tel of er meer te zien zijn dan epitheelcellen, dit maakt een infectie (niet nader gespecificeerd) meer waarschijnlijk);
  - 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 achtereen 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, krabeffecten 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 gonorroe-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);
- herpessimplexvirus (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:
  - NAAT *Chlamydia trachomatis* en *N. gonorrhoeae* en HSV uit proctum.
  - Overweeg NAAT HSV uit proctum, ook bij afwezigheid van zichtbare huidafwijkingen.
  - 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 (leasionaal) 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.
- Partnermanagment 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, verwijs 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
- Acuut:
  - *Candida albicans* (of andere *Candida* spp.);
  - soa: *Chlamydia trachomatis*, syfilis en herpes;
  - *Gardnerella vaginalis*;
  - scabiës (meestal jeukende papel(s));
  - infectie met groep A-/groep B-streptokokken;
  - niet-infectieuze oorzaak: trauma, irritatie en/of allergische reactie op stoffen (bijvoorbeeld podofyllotoxine, deodorant, spermicide, genotverhogende stoffen, etc.).
- Chronisch:
  - vaak geen specifieke oorzaak;
  - bij diabetes mellitus of andere chronische aandoening met immuunsupressie wel meer risico op infectieuze oorzaak;
  - balanitis simplex, circinata en plasmocellularis;
  - 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:
  - malaise en/of koorts (temperatuur >38 °C);
  - fluorklachten;
  - abnormale vaginale bloedingen (intermenstrueel en/of postcoïtaal) ten gevolge van cervicitis/endometritis;
  - 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 anamnestische 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:
- levofloxacine 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 infarcering (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);
- familiaire 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 en 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)acuut 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)acuut 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.

- Levofloxacine eenmaal daags 500 mg tablet gedurende 14 dagen, of ofloxacine 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 micieklachten 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 washandjes) 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 (syfilis 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 afdrukken 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 bloedingsrisco)*	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 trombosedienst.	Contra-indicatie. Verhoogd risico op ernstige bloedingen bij vrouwen die VKA's gebruiken.	Geen contra-indicatie. Wel verhoogd bloedingsrisco bij interactie met o.a. doxycycline, ceftriaxon, erytromycine, amoxicilline, moxifloxacine. Advies om INR regelmatig(er) te controleren; overleg hiervoor met de trombosedienst.
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 Reizigersadvisering 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-spreekuren:

- *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 (lareb.nl);
- Zwangerschap/Lactatie (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.
Moxifloxacine	Risico onbekend, contra-indicatie	Risico onbekend, contra-indicatie
Ofloxacine	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 voedingssuplementen). 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 gebypasst. 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 chirug.

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 plasmapiekconcentratie 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).

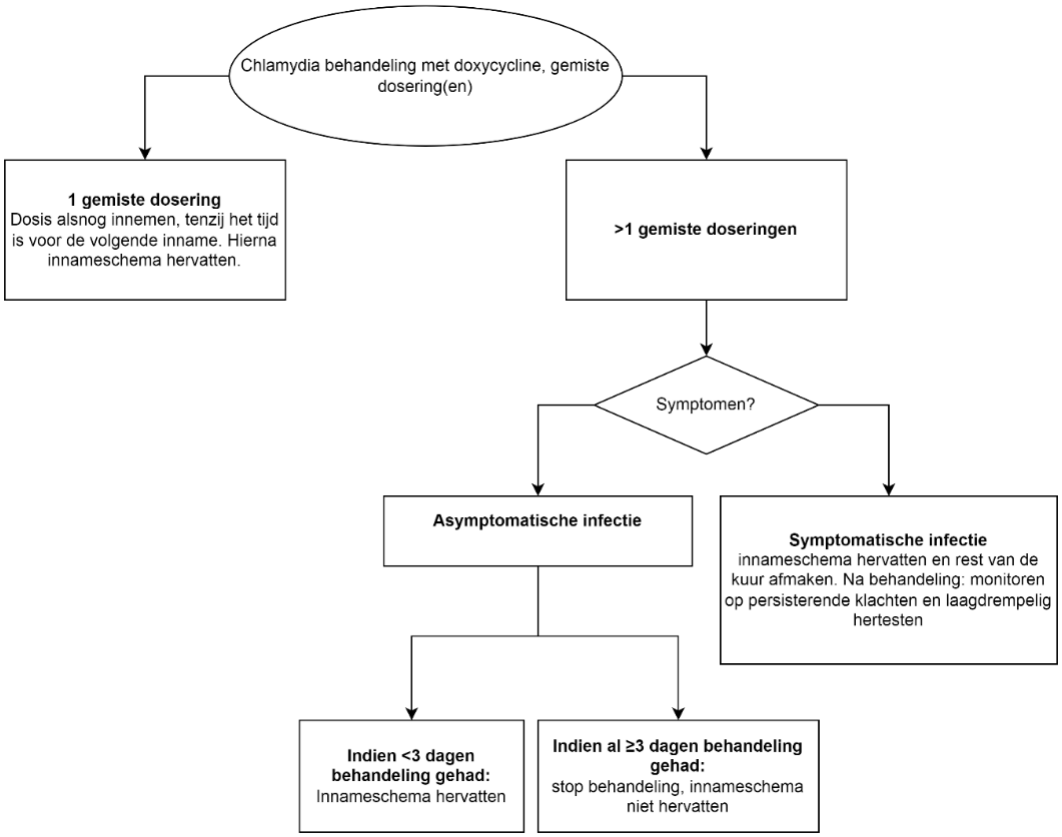
Diarree
Opnieuw innemen is vaak niet nodig. Alleen bij hevige, waterdunne diarree is er risico dat er te weinig geneesmiddel opgenomen wordt. De maximale concentratie wordt na 2-3 uur bereikt. Als er dus hevige waterdunne diarree binnen 3 uur na inname optreedt, dienen de tabletten opnieuw te worden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

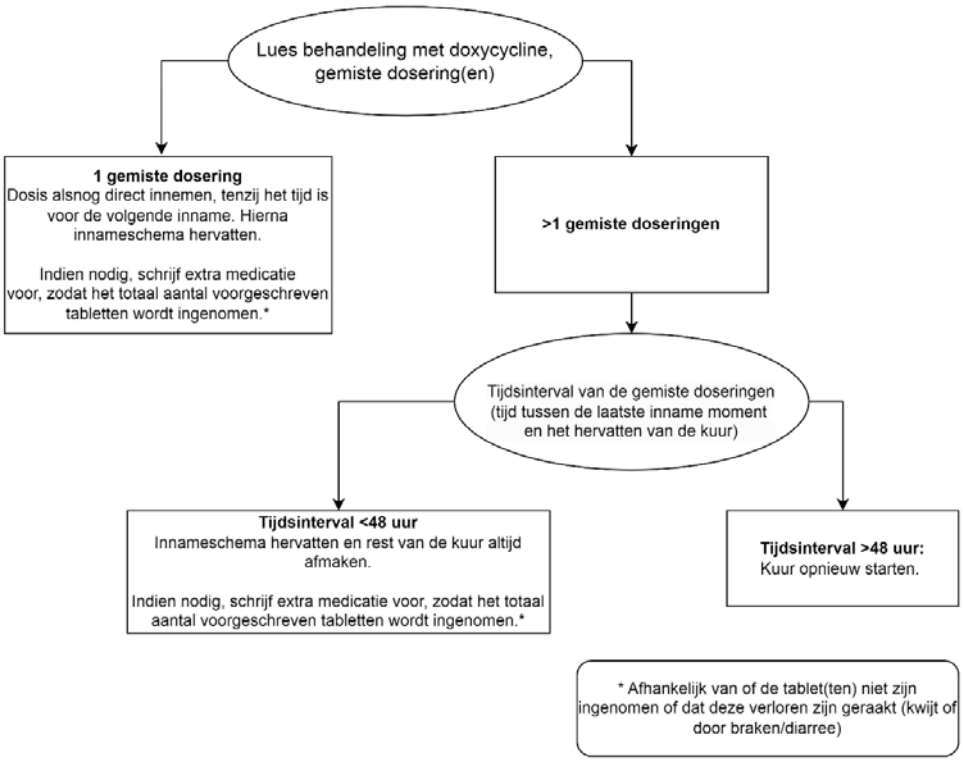
Voor zover bekend zijn er geen (inter)nationale richtlijnen die beschrijven hoe te handelen bij gemiste dosering(en) doxycycline. Derhalve is deze vraag neergelegd bij twee medisch microbiologen met een aandachtsgebied op soa's (Kara Osbak en Mireille van Westreenen). Zij hebben een beleidsdocument opgesteld 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.



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. Geïnfecteerde slijmvliezen 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.
- Farmacotherapeutisch Kompas.
- 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.
- NECF 2023. Regionele 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 Richtlijnendatabase.
- 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 Geneeskd 152(18):1042-1046.

8. Hiv-pre-expositieprofylaxe (hiv-PrEP)

Vastgesteld LOI-SG: 23 januari 2024

Wijzigingen sinds vaststelling:

- Mei 2025: hyperlinks naar MDR hiv-PrEP geactualiseerd (van update 2022 naar update 2024).

Inhoud deeldraaiboek 8

8.1 Inleiding 109
8.2 Infrastructuur en tijdspad 110
8.3 Het intakeconsult 110
8.3.1 Indicatiestelling 111
8.3.2 Stilstaan bij het waarom van PrEP 111
8.3.3 Belang bij het gebruik van PrEP 111
8.3.4 Test- en controlebeleid 114
8.3.5 Contra-indicaties en interacties 116
8.3.6 Overleg met huisarts 117
8.3.7 Het uitgeven van PrEP 118
8.4 Vervolgconsulten 118
8.4.1 Ervaringen bespreken 118
8.4.2 Afwijkende uitslagen 118
8.5 Informeel PrEP-gebruik 119
Referenties 119

8.1 Inleiding

Dit deeldraaiboek is een praktische uitwerking van de Nederlandse multidisciplinaire richtijn pre-expositieprofylaxe (PrEP) ter preventie van hiv (MDR hiv-PrEP). Achtergrondinformatie en verdere verdieping zijn te vinden in deze richtlijn.

Pre-expositieprofylaxe (PrEP) biedt aan hiv-negatieve personen die door hun gedrag een verhoogde kans hebben op het oplopen van hiv een aanvullende hiv-preventiemethode. PrEP is een cruciaal onderdeel van de strategie “Nul nieuwe hiv-infecties in Nederland” en een van de speerpunten van de beleidsvisie seksuele gezondheid van het ministerie van VWS. PrEP heeft een aanvullende waarde indien er sprake is van bepaalde (leefstijl)factoren die de kans op het oplopen van een hiv-infectie substantieel vergroten. PrEP dient altijd in combinatie met andere bestaande preventiemaatregelen en counseling te worden toegepast. De laatste jaren is de vraag naar PrEP toegenomen. Dit deeldraaiboek is een handleiding voor de GGD-professional hoe een PrEP-consult eruit kan zien en welke randvoorwaarden er zijn.

De wijze waarop de counseling dient plaats te vinden, wordt beschreven in de MDR hiv-PrEP en uitgebreider in de richtlijn Motiverende gespreksvoering in de context van hiv pre-expositie profylaxe.

In Europa zijn alleen tabletten emtricitabine/tenofovirdisoproxil geregistreerd voor gebruik als PrEP. Wereldwijd zijn er meerdere middelen in gebruik, zoals emtricitabine/tenofoviralafenamide, de dapivirine vaginale ring en langwerkende cabotegravir intramusculaire injecties. NB: indien iemand zich presenteert die reeds langwerkende PrEP gebruikt, gelden aanvullende controles en voorzorgsmaatregelen; zie hiervoor het artikel 'Helpt PrikPrEP ons naar 0 nieuwe hiv-infecties?'.

8.2 Infrastructuur en tijdspad

PrEP-zorg kan op verschillende manieren worden georganiseerd. In de PrEP-subsidieregeling is de volledige PrEP-zorg door de GGD beschreven. Hiervan kan worden afgeweken op verzoek van de cliënt of in verband met capaciteitstekorten.

De volgende constructies kunnen bestaan bij PrEP-zorg:

- Bij de GGD:
  - Via de nationale PrEP-pilot (looptijd 2019-2024). GGD voert soa-controles en nierfunctietesten uit en geeft de gesubsidiëerde PrEP-tabletten uit. Na afloop van de pilot wordt PrEP-zorg bij de GGD bestendigd, maar verstrekt VWS de gesubsidiëerde tabletten niet meer. GGD'en kunnen overwegen PrEP aan te besteden.
  - Buiten de nationale PrEP-pilot, bijvoorbeeld via een gemeentelijke subsidie of via de ASG-regeling met aanvullende regeling voor de PrEP-specifieke zorgverlening. Hierbij wordt bijvoorbeeld een recept verstrekt voor de PrEP-tabletten. Bovendien dienen de consulten voor het RIVM te onderscheiden te zijn van PrEP-consulten binnen de pilot.

  In beide constructies is de GGD eindverantwoordelijk voor follow-up. De GGD informeert in principe huisarts en apotheker.
- Huisarts schrijft voor, doet nierfunctietesten en is eindverantwoordelijk voor het juist doorlopen van de werkwijze en follow-up. De soa-controles worden (deels) gedaan bij de GGD.
- Huisarts doet alles zelf, GGD is niet betrokken bij zorg.
- Als passant bij een andere (online) huisarts, indien eigen huisarts geen PrEP-zorg verleent.
- Bij een private aanbieder.
- Informeel gebruik: de PrEP-gebruiker verkrijgt diens medicatie zonder voorschrift (bijvoorbeeld via vrienden, sekspartners, een drugdsdealer of online) en zonder medische controles.

Nierfunctietest
Indien de apparatuur voorhanden is op de GGD, is het mogelijk om zelf nierfunctietesten uit te voeren. Zo niet, dan kunnen afspraken met de huisarts of een laboratorium worden gemaakt.

8.3 Het intakeconsult

Voordat iemand met PrEP start, is het belangrijk de situatie van de cliënt in kaart te brengen en een indicatie te stellen. Ook dient de cliënt op de hoogte gebracht te worden van de manier waarop PrEP gebruikt moet worden en aan welke controles deze zich moet houden. Plan voor dit consult ongeveer 45 minuten, zodat er voldoende tijd is om alle informatie te verstrekken, de vragen van de cliënt te beantwoorden en testen af te nemen. Voor de manier waarop dit besproken kan worden, zie de richtlijn Motiverende gespreksvoering in de context van hiv pre-expositie profylaxe.

8.3.1 Indicatiestelling

Informatie over de indicatiestelling is te vinden in de MDR hiv-PrEP.

Uit ervaring is gebleken dat er ook PrEP-verzoeken komen die niet (lijken te) vallen binnen de indicatiestellingen van de PrEP-richtlijn. Houd er rekening mee dat bij iedere vraag naar PrEP er wellicht een (niet uitgesproken/terechte) reden is om PrEP te gebruiken en neem het verzoek dus serieus.

Wegens zeer beperkte beschikbaarheid binnen het nationale PrEP-programma dient iedere professional af te wegen wie in aanmerking komt voor PrEP-zorg binnen de huidige subsidieregeling en wie dit bijvoorbeeld ook via de huisarts of een andere aanbieder zou kunnen regelen. Tot de doelgroep van de GGD behoren vooral mensen die vanwege hun seksuele gedrag een verhoogde kans op hiv hebben én die kwetsbaar kunnen zijn om andere redenen (bijvoorbeeld migratiestatus, financiën, jonge leeftijd, chemseks, persoonlijke omstandigheden).

Hiv niet overdraagbaar bij seksueel contact met partners die leven met hiv en een ondetecteerbare viral load hebben. PrEP is dus niet geïndiceerd. Zie ook hivvereniging.nl/n-is-n.

8.3.2 Stilstaan bij het waarom van PrEP

Wat is de reden voor het PrEP-verzoek? Wat verwacht iemand van het middel? Hoe staat de cliënt tegenover het gebruik van preventieve medicatie en de benodigde, regelmatige controles?

PrEP kan voor iemand een reden zijn om condooms achterwege te laten. Bespreek de toegevoegde waarde van condoomgebruik. Leg uit dat PrEP niet beschermt tegen andere soa's (uitgezonderd hepatitis B bij continu PrEP-gebruik). Als iemand ervoor kiest om geen condooms te gebruiken, bespreek dan het belang en de frequentie van soa-testen.

Bespreek of de cliënt aan chemseks doet (drugs en seks bewust combineert) en hoe dit gaat. Drugsgebruik kán het op de juiste wijze innemen van PrEP en gebruik van condooms bemoeilijken. Continu PrEP-gebruik kan in zo'n geval de voorkeur hebben, aangezien de medicijnspiegel bij een vergeten dosis voldoende blijft voor adequate bescherming tegen hiv (zie ook 'Therapietrouw' onder § 8.3.3). Verwijs bij een zorgbehoefte rond chemseks naar een gespecialiseerd behandelaar voor drugs- en/of seksverslaving.

8.3.3 Belang bij het gebruik van PrEP

Bespreek dat onderstaande thema's relevant zijn. Stel samen met de cliënt een agenda op om de informatie meer behapbaar te maken (cf. agenda-mapping bij motiverende gespreksvoering).

Innameschema's

Veilig starten en veilig stoppen

Er is sprake van adequate bescherming vanaf **2 uur** na inname van **2 tabletten**. Vervolgens dient er **iedere dag 1 tablet** genomen te worden op hetzelfde tijdstip **tot en met 2 dagen** na het laatste contact. NB1: Als er met 1 tablet gestart wordt, is iemand beschermd na 5 dagen. NB2: voor (neo)vaginale seks geldt 7 dagen vóór tot en met 7 dagen na contact.

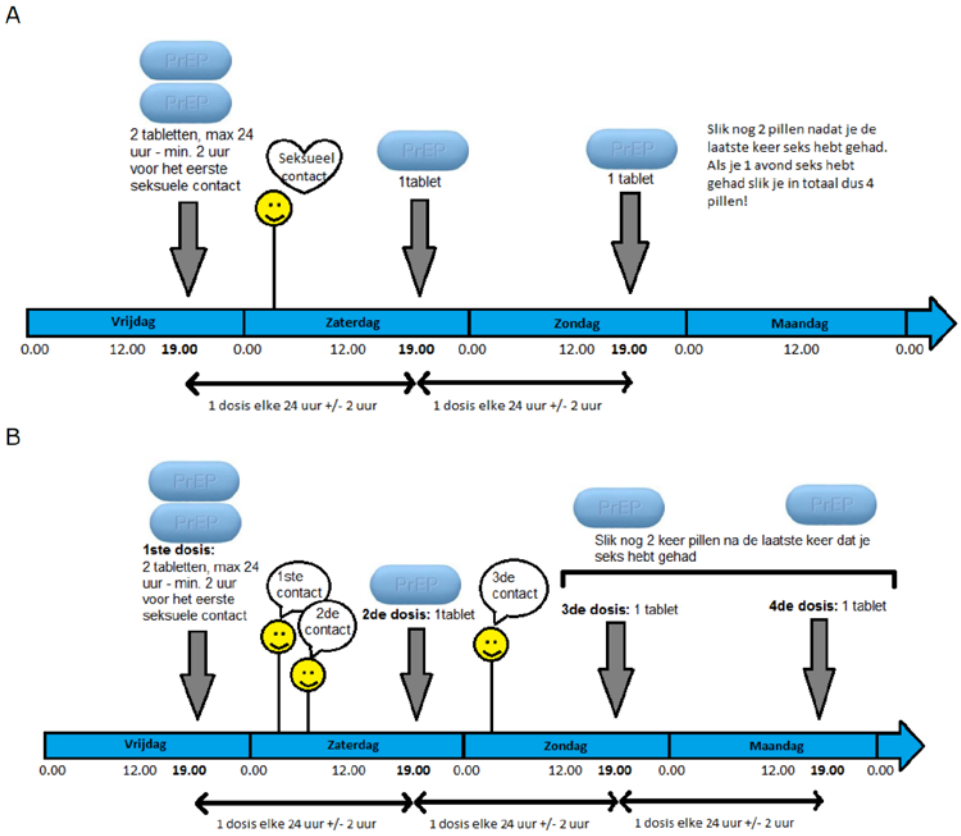
Achtergrond

Twee innameschema's zijn onderzocht: dagelijks gebruik en (bij uitsluitend anale seks) gebruik rondom seks; zie ook tabel 8.1 en figuur 8.1. De keuze voor het innameschema wordt samen met de cliënt gemaakt, waarbij voorkeur en persoonlijke situatie worden meegenomen: is seks planbaar, hoe vaak heeft iemand seks, lukt het zich aan een onregelmatig innameschema te houden, is er sprake van bijwerkingen of de voorkeur zo min mogelijk medicatie te gebruiken.

Tabel 8.1 Effectieve innameschema's van hiv-PrEP per situatie.

Situatie	Effectieve innameschema's
Anale seks	"Rondom seks": 2 tabletten 24-2 uur vóór mogelijke blootstelling, vervolgens elke 24 uur 1 tablet tot en met 48 uur na het laatste contact.
	"Dagelijks": 1 tablet per dag gedurende 5 dagen vóór mogelijke blootstelling en vervolgens 1 tablet per dag. Niet eerder staken dan 2 dagen na de laatste mogelijke blootstelling.
(Neo)vaginale seks	"Dagelijks": 1 tablet per dag gedurende 7 dagen vóór mogelijke blootstelling en vervolgens 1 tablet per dag. Niet eerder staken dan 7 dagen na de laatste mogelijke blootstelling.
Chronische HBV-infectie	Alleen continu dagelijks gebruik.

Figuur 8.1 Innameschema's bij PrEP rondom seks. A: in het geval van een eenmalig seksueel contact; B: in het geval van meerdere seksuele contacten binnen enkele dagen.



Zodra iemand die PrEP rondom seks gebruikt 2 dagen geen tablet heeft genomen, dient deze 24 tot 2 uur voor de volgende mogelijke blootstelling weer 2 tabletten te nemen, gevolgd door 1 tablet elke 24 uur tot en met 48 uur na het laatste contact.

Betrouwbaarheid en effectiviteit
Bij correcte inname is PrEP uiterst effectief (~100%), ook bij gebruik van alcohol en drugs.

Indien er sprake is van een hiv-infectie, is behandeling met PrEP alléén onvoldoende effectief en kan dit leiden tot ontwikkeling van resistentiemutaties. Wat te doen bij een positieve hiv-test staat beschreven in de MDR hiv-PrEP.

Bijwerkingen
Het medicijn dat in Europa gebruikt wordt als PrEP (emtricitabine/ tenofovirdisoproxil) wordt al zo'n 20 jaar voorgeschreven als behandeling van hiv. Ernstige bijwerkingen zijn zeer zeldzaam.

Een op de tien PrEP-gebruikers krijgt last van milde (vaak voorbijgaande) bijwerkingen: gastro-intestinale klachten (misselijkheid, buikpijn, diarree), hoofdpijn, levendige dromen.

Bij cliënten met bestaande, behandelde osteoporose: overleg met een hiv-behandelaar. Vooraf uitsluiten van osteoporose is niet nodig.

(Reversibele) nierfunctiestoornis komt voor bij <1% van de gebruikers.

Voor tips bij aanhoudende bijwerkingen zie de MDR hiv-PrEP.

Therapietrouw
Goede therapietrouw is zeer belangrijk bij PrEP; indien PrEP niet goed ingenomen wordt, kan de werking suboptimaal zijn. Bij dagelijks gebruik dient PrEP minimaal 4 van de 7 dagen ingenomen te worden voor het behoud van een adequate medicijnspiegel.

Daarnaast is er bij onjuist gebruik, waarbij iemand door slechte therapietrouw hiv oploopt ondanks PrEP-gebruik, een kans op het ontstaan van resistentiemutaties tegen emtricitabine en/of tenofovir. De kans hierop is het grootst wanneer er begonnen wordt met PrEP bij een (onbekende) acute hiv-status. Indien er sprake is van dergelijke resistentiemutaties kan de werking van PrEP in het voorkomen van een infectie verminderd zijn. Zo zijn er wereldwijd meerdere casussen beschreven van hiv-infecties waarbij ondanks correct PrEP-gebruik sprake was van een resistent virus. Dit is een argument voor het gebruik van condooms naast PrEP en het laten genotyperen op resistentiemutaties bij een hiv-infectie indien er sprake is (geweest) van PrEP-gebruik.

Bespreek wat iemand moet doen als er een pil is vergeten. Bij dagelijkse PrEP kan de vergeten pil tot 12 uur na het oorspronkelijke innamemoment worden ingenomen. Als het langer dan 12 uur na het vaste innamemoment is, kan deze pil worden overgeslagen en gaat iemand door met het normale innameschema. In een studie is berekend dat iemand die dagelijks PrEP gebruikt goed beschermd is bij ten minste 4 tabletten per week (Grant 2014). Dit is echter geen geadviseerd innameschema. Wel kan op basis hiervan

worden uitgelegd dat de bescherming goed blijft als PrEP incidenteel vergeten wordt.

Als de eerste 2 tabletten van het schema van PrEP rondom seks worden vergeten, is het advies om aanvullende beschermingsmaatregelen te nemen. Vergeet een gebruiker van PrEP rondom seks een pil na het risicomoment, dan kan de vergeten pil tot 12 uur na het oorspronkelijke innamemoment worden ingenomen. Er kan worden overwogen om postexpositieprofylaxe (PEP) voor te schrijven wanneer PrEP niet (correct) is gebruikt. Hierbij dient een individuele inschatting op basis van de specifieke casus te worden gemaakt, met gebruik van de richtlijn Seksaccidenten. Zie ook de MDR hiv-PrEP, hoofdstuk 6, 'Wat te doen bij gemiste doses'.

Bij *braken* na inname geldt het volgende advies:

- Als het middel nuchter is ingenomen, dan bij braken binnen 1 uur na inname de pil opnieuw innemen.
- Als het middel met voedsel is ingenomen, dan bij braken binnen 3 uur na inname de pil opnieuw innemen.
- Bij aanwezigheid van restanten medicatie in het braaksel medicatie altijd opnieuw innemen.

Bij *diarree* is opnieuw innemen niet nodig en kan het gewone schema gecontinueerd worden. Indien iemand aanhoudende of waterdunne diarree heeft, of indien er sprake is van chronische darminfecties, is het raadzaam te overleggen met een hiv-behandelaar.

Overleg in geval van *mogelijke resorptieproblematiek* (bijvoorbeeld na (partiële) darmresectie bij bariatrische chirurgie) de individuele casus met een hiv-behandelaar om te bepalen of dosisaanpassing c.q. het bepalen van medicijnspiegels nodig is.

Wat te doen bij wens om te stoppen?
Als iemand wil stoppen met PrEP, geef dan aan dat na de laatste anale blootstelling nog 2 tabletten moeten worden ingenomen (met tussenpozen van 24 uur, conform het normale gebruik) en bij (neo)vaginale blootstelling 7 dagen. Verricht een hiv-test 3 maanden nadat iemand gestopt is.

Indien iemand door zijn gedrag kwetbaar blijft voor hiv, bespreek dan andere evidence-based strategieën zoals condooms en n=n. De ervaring leert dat men de terugkeer naar condooms lastig vindt; het is daarom raadzaam om een gesprek te houden over de voor- en nadelen van practice-based strategieën, zoals *withdrawal*, *strategic positioning*, *negotiated safety*, *PrEP surfing* en serosorteren. Daarnaast is het belangrijk dat er regelmatig getest wordt op hiv.

8.3.4 Test- en controlebeleid

Tijdens het intakeconsult worden de testen gedaan zoals in tabel 8.2. Bespreek het controleschema (tabel 8.2) met de cliënt. Leg uit dat controles belangrijk zijn om uit te sluiten dat iemand een hiv-infectie heeft opgelopen en om correcte inname en bijwerkingen, zoals een afwijkende nierfunctie, te bespreken. Daarnaast zijn controles van belang om andere soa's op te sporen en te behandelen, en om partnermanagement te kunnen uitvoeren.

Tabel 8.2 Schema test- en controlebeleid.

	Bij start PrEP	Na 1 maand	3-maandelijks	6-maandelijks	12-maandelijks	3 maanden na staken PrEP
4e generatie hiv-combo	X	X	X[1]			X
Soa (syfilisserologie, NAAT chlamydia/gonorroe urogenitaal/oraal/rectaal)	X		X[1]			
HCV (anti-HCV of indien doorgemaakt HCV-RNA)	X			Indien verhoogd risico op HCV[2]	X	
HBV-status en -vaccinatie	X					
Nierfunctie (kreatinine, eGFR volgens CKD-EPI)	X				Op indicatie[3]	
Urinestick (proteïnurie)	Op indicatie[3]				Op indicatie[3]	

[1] Controles voor hiv en bacteriële soa vinden in principe driemaandelijks plaats. Op indicatie kan middels *shared decision making* ervoor gekozen worden eenmalig of met regelmaat het interval te verlengen, passend bij de individuele situatie (naar bijvoorbeeld vier- of zesmaandelijks).
[2] Bijvoorbeeld indien er sprake is intraveneus drugsgebruik, chemseks of groepsseks.
[3] Indicaties voor urinestick bij start en ten minste jaarlijkse controle van nierfunctie en proteïnurie: leeftijd ≥50 jaar, nefrotoxische comedicatie, eGFR<90 mL/min/1,73 m² en/of renale comorbiditeit (hypertensie, diabetes of cardiovasculaire voorgeschiedenis).

Uitgebreide informatie over controles staat beschreven in de MDR hiv-PrEP.

Controleer of iemand gevaccineerd is voor hepatitis B. Een voltooide hepatitis B-vaccinatie is van belang, omdat een hepatitis B-infectie een contra-indicatie is voor het gebruik van PrEP rondom seks. Indien er onduidelijkheid is over ontvangen vaccinaties of titercontroles, dient dit te worden uitgezocht, zodat iemand in ieder geval driemaal gevaccineerd is. Bevestiging met titercontrole is niet vereist. Non-responders mogen met PrEP starten, maar zullen regelmatig gescreend moeten worden op hepatitis B. Bij PrEP volgens het dagelijkse innameschema verwacht je overigens geen hepatitis B-infectie, omdat tenofovir een infectie met hepatitis B kan voorkomen. Starten met PrEP kan bovendien samengaan met het starten/voortzetten van vaccinaties tegen hepatitis B.

Ook vaccinatie tegen hepatitis A is aan te raden in verband met het regelmatig voorkomen van uitbraken van hepatitis A onder MSM.

Starten met PrEP
PrEP kan direct gestart worden, mits er een hiv-test verricht wordt en de PrEP-gebruiker bereikbaar is in de dagen erna om een eventuele afwijkende testuitslag te kunnen doorgeven.

Maak een nieuwe afspraak na 1 maand. Let hierbij op dat een cliënt voldoende tabletten heeft tot de volgende afspraak.

Uitsluiten hiv-infectie
Het is belangrijk om uit te sluiten dat iemand op moment van starten een acute hiv-infectie heeft. In geval van klachten passend bij een acute hiv-infectie kan er een hiv-1-RNA gedaan worden.

Beleid bij afwijkende nierfunctie
Bij afwijkende nierfunctie voorafgaand aan PrEP-gebruik: zie hoofdstuk 4 van de MDR hiv-PrEP.

Beleid hepatitis B
Mensen met een chronische hepatitis B-infectie kunnen wel met PrEP starten, maar de begeleiding hiervan moet gedaan worden in overleg met een internist-infectioloog of een hepatoloog. Bij een hepatitis B-infectie kan PrEP bovendien alleen dagelijks gebruikt worden, niet rondom seks.

Beleid hepatitis C
Er wordt geadviseerd om HCV jaarlijks te testen bij PrEP-gebruikers door een antistofbepaling (anti-HCV/IgG), of zesmaandelijks indien er sprake is van intraveneus drugsgebruik, chemseks of groepsseks (in het bijzonder als er ook sprake is van bijvoorbeeld fisting of het delen van seksspeeltjes). Positieve antistoffen dienen te worden bevestigd (met een westernblot). Bij aanwezigheid van bevestigde antistoffen tegen HCV dient HCV-RNA getest te worden. Voor verdere uitleg en testmogelijkheden ten aanzien van hepatitis C, zie deeldraaiboek 6, § 6.2.5 en § 6.10. Bij het aantonen van een replicerende hepatitis C-virusinfectie (HCV-RNA positief) kan met PrEP gestart worden, maar dient de cliënt voor behandeling verwezen te worden naar een MDL-arts of internist-infectioloog.

8.3.5 Contra-indicaties en interacties

Absolute contra-indicaties voor starten met PrEP zijn een hiv-infectie en een nierfunctie <50 mL/min. Zie voor beleid: hoofdstuk 4 van de MDR hiv-PrEP.

Een contra-indicatie voor *niet-dagelijkse* PrEP is een actieve hepatitis B-virusinfectie (HbsAg- en/of HBV-DNA-positief). Overleg met een MDL-arts of internist-infectioloog waar PrEP-zorg het beste kan plaatsvinden en over wie verantwoordelijk is voor welke controles en het voorschrijven van medicatie. Bijvoorbeeld: MDL-arts doet controles t.a.v. HBV, GGD doet hiv- en soatesten, nierfunctiecontrole en schrijft PrEP voor (tenofovirdisoproxil uit de PrEP dekt ook de behandeling van HBV). Let op dat MDL-arts dan niet ook therapie voor HBV voorschrijft. Dat is namelijk vaak monotherapie van tenofovirdisoproxil of tenofoviralafenamide, wat onvoldoende beschermt tegen een hiv-infectie.

Indien er sprake is van relevante comorbiditeit (bijvoorbeeld diabetes, hypertensie of osteoporose), overweeg dan of, indien mogelijk, begeleiding in de eerste lijn passender is. Overleg laagdrempelig met een hiv-behandelaar.

Het gebruik van nefrotoxische comedicatie zoals (val)aciclovir en NSAID's, met uitzondering van kortstondig gebruik van een lage dosis, dient bij voorkeur te worden vermeden in combinatie met PrEP in verband met mogelijke nefrotoxiciteit. Controleer de nierfunctie frequent. Adviseer zo mogelijk PrEP rondom seks te gebruiken. Stem eventueel af met een apotheker of hiv-behandelaar.

Voor interacties met medicatie: controleer bijvoorbeeld via www.hiv-druginteractions.org. Let op dat de juiste PrEP geselecteerd wordt. Bij de FDA zijn immers ook andere middelen geregistreerd als PrEP, waaronder emtricitabine/tenofoviralafenamide. Meer informatie is te vinden in de MDR hiv-PrEP.

8.3.6 Overleg met huisarts

Als de huisarts ook een deel van de PrEP-zorg op zich neemt, is het noodzakelijk om goed af te spreken hoe de controles gereguleerd en onderling gecommuniceerd worden. Daarnaast moet met de cliënt afgestemd worden welke uitslagen wel of niet gedeeld mogen worden met de huisarts. Een positieve hiv-test moet altijd gedeeld mogen worden met een huisarts.

Als een GGD PrEP-tabletten uitgeeft, is het belangrijk dit te communiceren met huisarts en apotheek. De huisarts wordt dan op de hoogte gesteld bij start en stop van PrEP en ook indien er sprake is van een afwijkende nierfunctie. Bij voorkeur wordt de huisarts schriftelijk op de hoogte gesteld.

In het zeldzame geval dat de cliënt pertinent niet wil dat huisarts en/of de eigen apotheker wordt geïnformeerd, kan de GGD de afweging maken om PrEP-zorg te verlenen zonder de huisarts te informeren. Doorloop, alvorens hiertoe over te gaan, onderstaande stappen:

- Leg de cliënt de meerwaarde van het informeren van de eigen huisarts uit. Benadruk dat *iedere* zorgverlener medisch beroepsgeheim heeft, inclusief doktersassistenten. Wijs op de mogelijke gezondheidsrisico's als de huisarts niet geïnformeerd is (zoals mogelijke interacties met andere medicatie).
- Indien de cliënt bij diens keuze blijft, bespreek dan de mogelijkheid om een andere huisarts te zoeken met wie de cliënt dit wel bespreekbaar zou willen maken. Overleg eventueel zelf met de SeksHAG of er huisartsen zijn in de regio die daar een rol in willen spelen.
- Bespreek of mogelijk alleen de apotheker op de hoogte gesteld mag worden, zonder dat er een koppeling met de huisarts gelegd wordt. Zo is de interactiecheck met andere medicijnen gewaarborgd. Het is mogelijk om alleen het PrEP-gebruik af te schermen voor andere apothekers en de huisarts.
- Als de cliënt ervoor kiest huisarts en/of apotheker niet te informeren, dan is het belangrijk dat de GGD als voorschrijver een aantal zaken regelt:
    - Leg vast dat het de expliciete keus is van de cliënt om deze zorg buiten het weten van de huisarts en/of apotheker af te nemen.
    - Benadruk het belang van de cliënt om contact op te nemen alvorens te starten met andere medicatie, om interacties te controleren.
    - Vraag bij ieder consult na of er wijzigingen zijn in medicijngebruik of gezondheid.
    - Maak afspraken over wat je doet indien er bijwerkingen optreden die door een huisarts geëvalueerd dienen te worden (bijvoorbeeld nierfunctiestoornissen).

Uiteraard bestaat er geen verplichting om PrEP uit te geven zonder de huisarts te informeren. Weeg de voor- en nadelen hiervan af. Denk hierbij aan mogelijk informeel PrEP-gebruik en de risico-inschatting op hiv zonder PrEP.

8.3.7 Het uitgeven van PrEP

Indien er gekozen wordt om de medicatie via de apotheek af te nemen, schrijf dan als volgt voor:

Bij dagelijks gebruik:
R/ emtricitabine/tenofovirdisoproxil 200/245 mg tablet;
d/ No XX stuks;
s/ 1dd1
Ter preventie van een hiv-infectie

Bij PrEP rondom seks:
R/ emtricitabine/tenofovirdisoproxil 200/245 mg tablet;
d/ No XX stuks;
s/ start met 2 tabletten minimaal 2 uur vóór de seks. Vervolgens 1 tablet per dag op hetzelfde tijdstip tot en met 2 dagen (48 uur) na het laatste sekscontact.
Ter preventie van een hiv-infectie

Let op: omdat PrEP niet is opgenomen in het geneesmiddelenvergoedings-systeem kunnen apotheken zelf een prijs stellen, waardoor de tarieven erg uiteen kunnen lopen. Op www.medicijnkosten.nl zijn de actuele prijzen te vinden van de verschillende fabrikanten. Op www.prepnu.nl/prijs zijn van een aantal apotheken de tarieven te vinden.

8.4 Vervolgconsulten

Tijdens de vervolgconsulten worden de controles uitgevoerd zoals in het schema in tabel 8.2.

De hieronder genoemde items komen standaard bij *ieder* consult aan bod:

- ervaringen van het PrEP-gebruik;
- nagaan of er in de tussentijd soa-testen elders zijn uitgevoerd;
- uitvoeren periodieke controles (zie tabel 8.2);
- controleren van medicatie en contra-indicaties;
- uitgeven recept;
- tot slot: een nieuwe afspraak maken voor over 3-6 maanden.

8.4.1 Ervaringen bespreken

Bespreek de volgende ervaringen:

- Hoe bevalt de PrEP?
- Therapietrouw: wordt het innameschema goed gevolgd (met name bij gebruik rondom seks)?
- Zijn er bijwerkingen?
- Eventueel: toegepaste preventiestrategieën (bijvoorbeeld condoomgebruik)?

8.4.2 Afwijkende uitslagen

Beleid bij een afwijkende nierfunctie
Indien de eGFR <60 mL/min is, of met meer dan 30% daalt tijdens gebruik van PrEP: zie hoofdstuk 4 van de MDR hiv-PrEP.

Bij twijfel: overleg laagdrempelig met een hiv-behandelaar. De hiv-behandelaar heeft hier de voorkeur boven de huisarts in verband met de ervaring met hiv-medicatie.

NB: Wees te allen tijde terughoudend met het staken van PrEP: nierfunctie-stoornissen zijn reversibel, een hiv-infectie is dat niet.

Beleid bij positieve hiv-uitslag
Als een PrEP-gebruiker tijdens monitoring een positieve hiv-testuitslag heeft, overleg dan direct met een internist-infectioloog en verwijs. Bij het continueren van PrEP kan resistentie ontstaan. Het is zorgvuldig om deze verwijzing af te stemmen met de huisarts van cliënt. Verdere informatie hierover is te vinden in MDR hiv-PrEP.

8.5 Informeel PrEP-gebruik

Gezien de beperkte beschikbaarheid van PrEP – door lange wachtlijsten bij de GGD'en en doordat veel huisartsen nog geen PrEP voorschrijven – verkrijgen veel mensen PrEP op niet-reguliere wijze (bijvoorbeeld via vrienden, via sekspartners, via het internet of uit het buitenland). Kwaliteitsgaranties ontbreken wanneer PrEP op informele wijze verkregen wordt. Vanwege de risico's bij (met name incorrect) PrEP-gebruik dienen ook in deze groep de in dit deeldraaiboek genoemde controles plaats te vinden. Leg het belang uit om het PrEP-gebruik zo mogelijk te formaliseren.

Referenties

- EACS 2017. Guidelines. Version 9.0, October 2017.
- Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE et al. 2016. Effectiveness and safety of oral HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) for all populations. AIDS 30(12):1973-1983.
- Grant RM, Anderson PL, McMahan V et al. 2014. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. Lancet Infect Dis 14(9):820-829.
- Hoornenborg E, Prins M, Achterberg RCA et al. 2017. Acquisition of wild-type HIV-1 infection in a patient on pre-exposure prophylaxis with high intracellular concentrations of tenofovir diphosphate: a case report. Lancet HIV 4(11):522-528.
- Hoornenborg E, de Jong K, Jonas K et al. 2018. Motiverende gespreksvoering in de context van hiv pre-expositie profylaxe: adviezen en handreikingen. Opgesteld in samenspraak met het We are PrEPARED (WAP) initiatief. GGD Amsterdam, 2018.
- Nederlandse Vereniging van Hiv Behandelaren 2024. Nederlandse multidisciplinaire richtlijn pre-expositieprofylaxe (PrEP) ter preventie van hiv. Update 2024.
- WHO 2015. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. September 2015.

9. Seksaccidenten en seksueel geweld

Vastgesteld LOI-SG: 23 januari 2024

Inhoud deeldraaiboek 9

9.1 Seksaccidenten 121
9.1.1 Definitie 121
9.1.2 Bereikbaarheid en triage 122
9.1.3 Postexpositieprofylaxe voor hiv 122
9.1.4 Postexpositieprofylaxe voor hepatitis B 122
9.1.5 Risico op zwangerschap 122
9.1.6 Forensische aspecten 123
9.1.7 Nazorg 124
9.2 Seksueel geweld 125
9.2.1 Definitie 125
9.2.2 Probleembeschrijving 125
9.2.3 Plan van aanpak 126
9.2.4 Vragen 127
9.2.5 Verwijzen 129
9.2.6 Nazorg 129
Referenties 130

9.1 Seksaccidenten

In dit deeldraaiboek wordt beschreven wat er binnen de GGD polikliniek seksuele gezondheid geregeld moet zijn om tot een goede afhandeling van seksaccidenten te komen. Hierbij gaat het om de acute situatie tot en met 7 dagen na seksueel contact met het oog op risico op infecties en zwangerschap. Bij seksaccidenten gaat het zowel om vrijwillige als om onvrijwillige sekscontacten.

Voor de inhoudelijke afhandeling van seksaccidenten wordt verwezen naar de Richtlijn seksaccidenten (RIVM 2020).

9.1.1 Definitie

De Richtlijn seksaccidenten (RIVM 2020) hanteert de volgende definitie voor een seksaccident: “een recente seksuele blootstelling aan lichaamsvloeistoffen die tot een infectie met een seksueel overdraagbare aandoening (soa) of een zwangerschap kan leiden en waarbij een snelle afhandeling vanwege risico voor HBV en hiv en/of voorkomen van zwangerschap essentieel is. Het betreft oraal, vaginaal en anaal seksueel verkeer, zowel receptief als insertief bij zowel vrouwen als mannen, dat korter dan 8 dagen geleden heeft plaatsgevonden.” Een seksaccident hoeft dus niet altijd te maken te hebben met seksueel geweld.

9.1.2 Bereikbaarheid en triage

De GGD polikliniek seksuele gezondheid dient te zorgen voor een netwerk waar cliënten die te maken hebben gehad met (al dan niet vrijwillige) seksaccidenten 24 uur per dag terecht kunnen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de arts of verpleegkundige infectieziektebestrijding, ziekenhuizen (met een voorkeur voor hiv-behandelcentra), een Centrum Seksueel Geweld of huisartsenposten. Voorwaarde hierbij is dat degene die de cliënt te woord staat medisch geschoold is en over adequate kennis beschikt met betrekking tot de afhandeling van seksaccidenten.

9.1.3 Postexpositieprofylaxe voor hiv

Als een cliënt zich meldt binnen 72 uur na het seksaccident moet het risico op hiv besproken worden en zo nodig moet er hiv-PEP verstrekt worden. Voor de verstrekking dient een bij de regio passende oplossing te worden bedacht samen met de aanwezige ketenpartners.

De verstrekking van hiv-PEP gebeurt in veel regio's door de hiv-behandelaar en soms door de GGD-arts. Periodieke afstemming en evaluatie van de onderlinge samenwerking en doorverwijzing vormen de basis voor een goed functionerend netwerk.

In sommige regio's is verstrekking van hiv-PEP, begeleiding en opvolging georganiseerd vanuit de GGD (Van Oosten 2011). In dat geval dient er afstemming te zijn over het gevoerde beleid met een hiv-behandelaar over onder andere de samenstelling van de hiv-PEP-medicatie. Hierbij moet minimaal georganiseerd zijn dat er overleg mogelijk is over kinderen, zwangere vrouwen en cliënten met andere medicatie of medische problematiek.

9.1.4 Postexpositieprofylaxe voor hepatitis B

Wanneer iemand risico heeft op hepatitis B, dient gestart te worden met vaccinatie en indien nodig immuunglobulines. Het uitgangspunt is (in overeenstemming met het LCI): zo spoedig mogelijk starten, waarbij de immuunglobulines maximaal tot en met 7 dagen na het incident gegeven worden en de vaccinatie zo snel mogelijk. Het toepassen van immunoglobulinen wordt alleen gedaan indien het een hoogrisico-accident is met een bron die bewezen HBs-Ag postitief is EN de blootgestelde een bekende non-responder is of een hoge kans heeft non-responder te zijn (LCI 2020). Een goede samenwerking met de infectieziektebestrijding binnen de eigen GGD is belangrijk; stem goed af wat de werkwijze is binnen de GGD. Voor advisering over en verstrekking van vaccinatie buiten kantoortijd kan gekozen worden om hierover samenwerkingsafspraken te maken met de lokale SEH of de huisartsenpost.

Wanneer het gaat om MSM-contact of als de blootgestelde een sekswerker is, kan iemand kosteloos gevaccineerd worden via het vaccinatieprogramma voor hepatitis B-risicogroepen. De afspraken rondom de afhandeling van de kosten voor vaccinatie in andere situaties verschillen per regio.

9.1.5 Risico op zwangerschap

Bij onveilig vaginaal seksueel contact bestaat er een kans op ongewenste zwangerschap. Dit dient met de cliënte besproken te worden. Omdat seksaccidenten regelmatig buiten kantoortijden voorvallen, dient men op de hoogte te zijn van waar iemand buiten kantoortijd hiervoor terecht kan. Een

andere optie is om morning-afteranticonceptie beschikbaar te hebben bij de GGD. De mogelijkheden voor postcoïtale anticonceptie worden besproken in deeldraaiboek 10 en de NHG standaard Anticonceptie.

Een cliënte die zich meldt langer dan 5 dagen na het seksaccident, dient men bij de opvang voorlichting te geven over het doen van een zwangerschapstest. Hierbij dient een minimuminterval van 2 weken te worden aangehouden. Blijkt de cliënte zwanger te zijn, dan kan ondersteuning nodig zijn in het besluitvormingstraject en kan zo nodig ook een doorverwijzing naar abortushulpverlening wenselijk zijn. Hierbij is het belangrijk dat de GGD over een actuele sociale kaart beschikt waar dergelijke hulpverleners in opgenomen zijn. Voor besluitvorming en verwijzing rond onbedoelde zwangerschap wordt verwezen naar deeldraaiboek 11.

9.1.6 Forensische aspecten

Indien er sprake is van onvrijwillige seks dient altijd overwogen te worden om de cliënt door te verwijzen naar een Centrum Seksueel Geweld. Inmiddels is er een vrijwel landelijk dekkend netwerk van Centra Seksueel Geweld, die voorzien in medische, forensische en psychische opvang. Zorg voor goede werkafspraken met de regionale ketenpartners.

Indien het zedendelict recent heeft plaatsgevonden en de cliënt medisch forensisch onderzoek wenst of hier nog over twijfelt (zie ook kader 9.1), moet aandacht besteed worden aan het veilig stellen van forensische sporen, ofwel het voorkomen dat sporen verloren gaan of gecontamineerd worden.

Adviseer de cliënt om:

- niet te douchen of te wassen;
- niet de tanden te poetsen;
- niet naar het toilet te gaan;
- niet te eten of te drinken;
- de kleding niet in de was te doen (liefst bewaren in een papieren zak).

Voor de professional gelden de volgende aandachtspunten:

- Geef geen hand in verband met mogelijk aanwezig zijn van sporen.
- Wees voorzichtig bij aannemen van jas of kleding, in verband met mogelijk aanwezig zijn van sporen.
- Niet schoonmaken/desinfecteren tenzij medisch acuut noodzakelijk.
- Bloedafname afstemmen met forensisch personeel met oog op mogelijke sporen.

Bij een zedendelict dat langer geleden is dan 7 dagen, spelen het rekening houden met contaminatie en het veiligstellen van biologische sporen geen rol meer. Wanneer iemand lichamelijk letsel heeft opgelopen bij het zedendelict kan in sommige gevallen dit letsel nog wel objectief worden vastgelegd na 7 dagen. Dit gebeurt doorgaans door een forensisch arts (na aangifte).

Er dient altijd een afweging gemaakt worden tussen acute medische hulpverlening en het behoud van sporen. Het is aan te bevelen om hierover met het regionale Centrum Seksueel Geweld, de (zeden)politie of de forensische artsen afspraken te maken.

Kader 9.1: Omgang met twijfels over aangifte

Een cliënt die <7 dagen geleden seksueel geweld heeft meegemaakt, krijgt de vraag “wilt u contact met politie?”. De 3 mogelijke reacties op deze vraag zijn: “ja”, “ik weet het niet” en “nee”. Voor de laatste 2 reacties zijn in 2016 scenario’s ontwikkeld in nauwe samenwerking met de Landelijke Politie.

Scenario "Ik weet het niet"

“Ik ga je een paar dingen vertellen over wat de politie doet. Ook al twijfel je of je aangifte wilt doen, toch kan het van belang zijn om melding te doen bij de politie. De politie zal dan eerst een informatief gesprek met je voeren. De politie heeft daarvoor speciaal opgeleide zedenrechercheurs, die niet in uniform werken. Tijdens dat gesprek luistert de zedenrechercheur goed naar je verhaal. Daarna leggen ze je uit hoe je aangifte kunt doen en wat de consequenties zijn van een aangifte. Na het gesprek krijg je bedenktijd en uiteindelijk beslis jij of je aangifte doet. In principe bepaal je daarmee ook of er een onderzoek wordt ingesteld of niet. In sommige gevallen echter zal de politie toch een onderzoek instellen, ook als je geen aangifte doet. Dat gebeurt bijvoorbeeld als er voor jou of iemand anders gevaar dreigt. Als je geen aangifte doet, blijft het in principe bij een melding.
Verder kan het zo zijn dat er op dit moment sporen van de dader op of in jouw lichaam zijn. De politie bepaalt of het nodig en zinvol is om een sporenonderzoek te laten doen. Met een sporenonderzoek kunnen die sporen worden veiliggesteld. Dit doet de politie samen met een forensisch arts. Dat gebeurt natuurlijk alleen als jij dat wil. Het sporenonderzoek wordt het liefst zo snel mogelijk gedaan. Hoe langer je namelijk wacht, hoe kleiner de kans dat nog sporen kunnen worden gevonden. Je hoeft voor het sporenonderzoek geen aangifte te doen. Je kunt ook na het sporenonderzoek nog beslissen of je aangifte doet.
Heb je zo voldoende informatie om te beslissen of je contact wil met de politie? Als je melding wilt doen of als je wilt meewerken aan een sporenonderzoek, zal ik je in contact brengen met de politie.”

Scenario "Nee, ik wil geen contact met politie"

“Als je geen contact wilt met de politie, dan is dat prima. Het is helemaal jouw keuze en het heeft geen invloed op of en hoe je verder geholpen wordt. Als je het goed vindt, zou ik je wel graag willen uitleggen hoe de politie werkt. Want misschien dat je er over een paar dagen of weken anders over denkt. Dan is het goed om te weten hoe de politie werkt. Vind je dat goed?” Zie verder het scenario “Ik weet het niet”.

9.1.7 Nazorg

Het testen op soa hoeft meestal niet acuut na een seksaccident te gebeuren. Bij het testen na (mogelijke) blootstelling aan een soa wordt namelijk rekening gehouden met de windowfase voor de betreffende soa (zie deeldraaiboek 6). Een uitzondering hierop kan gemaakt worden wanneer er sprake is van klachten die wijzen op een soa. Dit zal zich echter meestal niet acuut voordoen direct na een seksaccident.

Ook over de overige medische nazorg, zoals noodanticonceptie en zwangerschapstesten, dienen regionale afspraken gemaakt te worden met de betrokken ketenpartners.

Wanneer is gestart met een vaccinatiereeks tegen hepatitis B, dan dient zorg gedragen te worden voor het afmaken van de serie. Een reeks die buiten kantoortijd is gestart, kan de cliënt afmaken bij de eigen huisarts of bij de GGD. Als de cliënt via het vaccinatieprogramma voor hepatitis B-risicogroepen is gevaccineerd, kan de serie kosteloos bij de GGD worden afgerond. Over de afhandeling hiervan dienen duidelijke werkafspraken te zijn gemaakt binnen de eigen regio.

Hoewel het bieden van psychosociale hulpverlening na seksueel geweld niet tot de kerntaken van de GGD behoort, is het wel een onlosmakelijk onderdeel bij de afhandeling en beoordeling van een gewelddadig seksaccident. Zie hierover verder § 9.2.6.

9.2 Seksueel geweld

9.2.1 Definitie

Seksueel geweld is een paraplubegrip voor alle vormen van seksueel ongewenste handelingen en grensoverschrijdend gedrag. Het kan gaan om fysiek geweld, maar ook om intimidatie en ongewenste bejegening en aanrakingen. Het kan eenmalig, meermalig of chronisch zijn. De grootste risicofactor om misbruikt te worden is eerder misbruik.

Het kan bij seksueel geweld ook gaan over iets dat jaren geleden heeft plaatsgevonden, maar nog steeds impact heeft op de cliënt. Hier wordt ingegaan op de omgang met de cliënt en het bespreekbaar maken van seksueel geweld binnen het consult. De belangrijkste insteek voor een GGD polikliniek seksuele gezondheid is om te signaleren en goed door te verwijzen. Hierbij is het up-to-date houden van de eigen sociale kaart erg belangrijk.

Vormen van (potentieel) seksueel geweld zijn:
- seksuele intimidatie;
- aanranding en verkrachting;
- mensenhandel/gedwongen prostitutie;
- kinderporno;
- vrouwelijke genitale verminking;
- sekstoerisme;
- sexting.

Tijdens de spreekuren op de GGD kun je als professional in aanraking komen met slachtoffers van seksueel geweld. Het ter sprake brengen van seksueel geweld kan voor de cliënt, maar soms ook voor de professional, lastig zijn. Want, wat haal je op en wat doe je er vervolgens mee? Ook eigen negatieve ervaringen kunnen meespelen in de wijze waarop een professional al dan niet vraagt naar seksueel geweld. Indien je merkt dat je zelf moeite hebt met een bepaald gesprek/onderwerp, is het goed om dit met een collega te bespreken of eventueel in te brengen in een multidisciplinair overleg of intervisie.

9.2.2 Probleembeschrijving

Het is belangrijk dat iemand die (een) nare ervaring(en) op seksueel vlak heeft meegemaakt, dit goed verwerkt en hier professionele hulp bij krijgt als dat niet lukt.

Gevolgen van seksueel geweld kunnen zijn:
- posttraumatische stressstoornis (PTSS);
- stemmingsstoornissen;

- angststoornissen;
- dissociatieve klachten;
- persoonlijkheidsproblematiek;
- verstoord zelfbeeld/lichaamsbeeld;
- lichamelijke problemen/somatisatie;
- seksuele problemen;
- seksueel wervend gedrag.

Door er vroeg bij te zijn, bijvoorbeeld in het Centrum Seksueel Geweld, wordt getracht het ontstaan van PTSS te voorkomen. Als dat toch niet lukt, dan is het 'goede' nieuws dat PTSS goed te behandelen is met EMDR of cognitieve gedragstherapie. In de praktijk krijgt in Nederland echter slechts een klein deel van de slachtoffers traumagerichte hulp. Dit is een ernstige zaak vanwege het risico op herhaling als trauma onverwerkt en onbehandeld blijft. Ongeveer 2 van de 3 slachtoffers van seksueel geweld worden later opnieuw slachtoffer van seksueel geweld. Hier wordt naar verwezen met de term 'revictimisering' of 'revictimisatie'. Bij elke nieuwe grensoverschrijdende gebeurtenis, wordt de psychische impact groter. Hierdoor verschilt het klinisch beeld na eenmalig of chronisch misbruik. Over hoe revictimisering precies werkt, bestaan verschillende theorieën. Zo legt de leertheorie uit dat door het eerste misbruik disfunctionele gedachten en gedrag worden aangeleerd die kunnen aanhouden in volwassenheid. Andere modellen beweren dat de relatie tussen seksueel misbruik en revictimisatie wordt gemedieerd door een laag zelfbeeld of door het hebben van de diagnose PTSS. In het laatste geval zou PTSS ervoor zorgen dat gevaarsignalen niet als zodanig worden opgemerkt, waardoor steeds weer grensoverschrijdende situaties kunnen ontstaan.

9.2.3 Plan van aanpak

Allereerst is het belangrijk om te herkennen/vast te stellen of er sprake is geweest van seksueel geweld. Vraag standaard naar seksueel geweld, zodat je niet per casus hoeft af te wegen of het zinvol is om het ter sprake te brengen. Denk eraan dat ook bij mannen/jongens seksueel geweld kan voorkomen.

Signalen die kunnen duiden op het meegemaakt hebben van seksueel geweld zijn:

- slaapproblemen;
- seksuele problemen;
- angst en spanning;
- claimend gedrag;
- ernstig wantrouwen;
- verstoorde agressieregulatie;
- verstoord lichaamsbeeld;
- gevoelens van schuld en schaamte;
- automutilatie;
- verslaving;
- suïcidaliteit;
- blauwe plekken of andere verwondingen;
- genitale beschadigingen;
- veranderde vaginale fluor, soa;
- menstruatiestoornissen;
- vergezeld door (controlerende) partner;
- geïsoleerd leven, geen of beperkt sociaal netwerk;
- ongewenste zwangerschap of tienerzwangerschap.

Let wel, bovenstaande lijst is niet compleet en alle genoemde signalen hoeven op zichzelf geen seksueel geweld te betekenen, maar kunnen ook door andere problemen veroorzaakt worden. Omgekeerd kunnen bewezen slachtoffers van seksueel misbruik zich presenteren zonder klachten. Het is niet professioneel om te snel conclusies te trekken, maar hetzelfde geldt voor niet handelen in zorgelijke situaties.

Wat kun je doen binnen het consult seksuele gezondheid:

- Signaleren: stel de vraag (zie § 9.2.4) en reageer adequaat.
- In het hier en nu houden. Als iemand er nog niet aan toe is om het te vertellen, komt het wellicht een volgende keer.
- Bespreek wat er is gebeurd in korte termen. Hiermee wordt bedoeld dat je globaal bespreekt wat er gebeurd is, maar niet ingaat op de details.
- Noteer je bevindingen en overwegingen in het dossier. Zo kun je er eventueel een volgende keer op terug komen.
- Psycho-educatie over reacties op seksueel geweld: herbelevingen, vermijding, hyperarousal, slaapproblemen, gevoelens van schuld, schaamte en angst.
- Bij recent seksueel geweld adviseren om dagelijkse routine te handhaven.
- Informeren over de mogelijkheid van contact met de politie.
- Adequaat verwijzen naar de basis of specialistische GGZ. Zorg voor een goede sociale kaart. In verband met vergoedingen, zal dit meestal via de huisarts verlopen.
- Inschatten van de veiligheid van de cliënt in het kader van de Meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld. Haal eventueel een collega erbij. Dit kan bijvoorbeeld ook iemand zijn van jeugdgezondheidszorg, meldpunt bijzondere zorg, prostitutiezorg of Veilig Thuis, afhankelijk van de organisatie. Zorg dat je binnen je eigen organisatie weet bij wie je terecht kunt.
- Geef helder aan wat je iemand wel, maar ook niet kunt bieden. Geef geen valse hoop.
- Bespreek het signaal zo nodig in een supervisie-/intervisiebijeenkomst.
- Houd professionele afstand.

9.2.4 Vragen

Zie kader 9.2 voor de vragen die in elk geval gesteld moeten worden tijdens een consult.

Kader 9.2: Vragen bij consult rondom seksueel geweld

Vragen die tijdens een consult rondom seksueel geweld minimaal besproken worden, zijn:

- Heb je negatieve ervaringen met seks?
- Zo ja, is het gestopt? (Zo nee: meldcode?)
- Zo ja, heb je daar nu lichamelijk en/of psychisch last van?
- Zo ja, krijg je daar nu professionele hulp voor? (Zo nee, adviseer om naar huisarts of Centrum Seksueel Geweld te gaan; uitleg over noodzaak van behandeling ter voorkomen van revictimisatie kan daarbij dienen als motivatie, niet om iemand bang te maken.)
- Heb je contact gehad met de politie? Wil je contact met de politie?

Het kan daarnaast van belang zijn om een inschatting te maken van het systeem om de persoon heen en de eigen draagkracht. Hierbij kan het een rol

spelen of de dader een bekend of onbekend iemand was en of het eenmalig seksueel geweld was of vaker. Eerdere negatieve ervaringen met seks kunnen hierbij ook een rol spelen. Het is van belang of de omgeving op de hoogte is en hoe deze erop reageert. Negatieve reacties vanuit de omgeving ('victim blaming') vergroten namelijk de kans op het ontwikkelen van PTSS en een goed sociaal vangnet heeft een beschermend effect. Dit is niet iets wat altijd in een eerste consult aan bod kan en hoeft te komen. Daarbij maakt het ook uit in welke mate de hulpverlener zich competent voelt om deze inschatting te maken. Binnen een Centrum Seksueel Geweld is hier standaard aandacht voor, dus er kan voor gekozen worden om deze inschatting daar te laten plaatsvinden.

Een cliënt zal niet altijd meteen ingaan op de vraag of er sprake is (geweest) van seksueel geweld. Negatieve seksuele ervaringen zullen eerder worden ontkend dan bevestigd, omdat vermijding voor sommigen mensen een coping-strategie is om te kunnen functioneren. De meeste mensen onthullen hun negatieve ervaringen zelfs nooit.

Realiseer je dat ook als er niet direct op ingegaan wordt, je toch al een stapje gezet kunt hebben in het proces van onthullen en delen. De vragen kunnen namelijk helpen om te zijner tijd misbruik wel bespreekbaar te maken en geven je bereidheid en kundigheid aan om het onderwerp te bespreken. De vragen zijn tevens een boodschap naar de cliënt dat jij en collega's er zijn om op terug te vallen.

Het onthullen en bespreekbaar maken van seksueel geweld op zich kan al een belangrijke interventie zijn. Dit maakt het namelijk mogelijk om gericht psycho-educatie aan te bieden en, indien nodig, te verwijzen voor verdere hulpverlening. Zolang dit vanuit een benadering zonder oordeel wordt gedaan, zal het ernaar vragen waarschijnlijk meer positieve effecten opleveren dan negatieve effecten. Onder sommige hulpverleners leeft het beangstigende idee dat door het vragen naar seksueel geweld en de confrontatie met emotioneel beladen herinneringen 'de beerput open gaat', wat kan leiden tot verergering van klachten, psychische ontregeling en suïcidaliteit. Ondanks het feit dat hiervoor geen enkel bewijs bestaat, is dit idee hardnekkig en leidt het ertoe dat men overdreven voorzichtig te werk gaat. Onbedoeld kan je hiermee het signaal aan de cliënt geven dat het (te) risicovol is de traumatische belevingen toe te laten of dat je als hulpverlener zelf het verhaal niet kan of wil aanhoren uit angst voor details, hetgeen de werkrelatie kan verstoren. Hulpverleners kunnen dan ook snel tevreden zijn als iemand zegt: "ik ben het al vergeten" of "ik denk er nooit meer aan". Maar dit kan ook een teken van inadequate coping zijn waarbij de cliënt het trauma negeert in plaats van verwerkt. Doorvragen ("doe je je best om het te vergeten/er niet aan te denken?") binnen het consult seksuele gezondheid kan veel ophelderen en, indien nodig, de weg vrijmaken voor verdere zorg en behandeling.

Tot slot kan de vragenlijst traumasymptomen (zie kader 9.3) de hulpverlener ondersteunen om een indruk te krijgen van de ernst van de traumatisering. De vragenlijst gaat over de persoonlijke reactie op de traumatische gebeurtenis. Daarbij wordt gevraagd of iemand ten minste tweemaal in de afgelopen week de items in de vragenlijst heeft ondervonden. Wanneer dit bij 6 of meer items het geval is, is het mogelijk dat deze persoon last heeft van PTSS. Dit geldt alleen als het trauma langer geleden is dan 4 weken. Deze vragenlijst is gericht op volwassenen. Voor minderjarigen is een ander screeningsinstrument (CRIES 13) beschikbaar.

Kader 9.3: Vragenlijst traumasymptomen

Onderstaande vragen betreffen reacties die soms ontstaan na een traumatische gebeurtenis. De vragenlijst gaat over de persoonlijke reactie van de cliënt op de traumatische gebeurtenis. De cliënt geeft aan (ja/nee) of hij/zij ten minste 2 keer in de afgelopen week de genoemde reactie heeft ondervonden. Indien 6 of meer vragen met 'ja' worden beantwoord, is dat een indicatie voor de aanwezigheid van PTSS.

- Verontrustende gedachten of herinneringen aan de gebeurtenis die in je hoofd opkomen tegen je wil in?
- Verontrustende dromen over de gebeurtenis?
- Je voelen alsof de gebeurtenis opnieuw plaatsvindt?
- Van streek raken door dingen die je aan de gebeurtenis herinneren?
- Lichamelijke reacties (zoals snelle hartslag, steen in de maag, zweten, duizeligheid) wanneer je wordt herinnerd aan de gebeurtenis?
- Moeilijk in slaap kunnen komen of te vroeg wakker worden?
- Geïrriteerdheid of woedeaanvallen?
- Moeite met concentreren?
- Verhoogd bewustzijn van mogelijke gevaren voor jezelf en anderen?
- Gespannen zijn of schrikken van iets onverwachts?

© 2005 Vertaling van de TSQ (Brewin 2001) door M. Olff.

9.2.5 Verwijzen

Wanneer er sprake is van recent seksueel geweld (≤7 dagen) dient er rekening gehouden te worden met de mogelijkheid van medische hulpverlening, psychische zorg en sporenonderzoek. Hiervoor kan worden verwezen naar een Centrum Seksueel Geweld (landelijk nummer 0800-0188) waar dit integraal wordt aangeboden. De gedachte achter het Centrum Seksueel Geweld is dat als alle partners samenwerken in de aanpak van acuut seksueel geweld, dit zal leiden tot eerdere en betere opvang van slachtoffers, waardoor medische en psychische gevolgen snel en adequaat behandeld kunnen worden, en ook de kwaliteit van de opsporing zal verbeteren (Holm 2009).

In de eerste 4 weken direct na het meemaken van seksueel geweld zal een cliënt normale stressreacties vertonen die na verloop van tijd afnemen. Als er na 4 weken nog steeds stressklachten zijn, spreekt men van een PTSS. Gelukkig is PTSS goed te behandelen binnen de GGZ. Ook het Centrum Seksueel Geweld kan adviseren over de mogelijkheden van hulpverlening. Behalve PTSS kunnen er andere klachten zijn waarvoor iemand behandeling nodig heeft. Aan de andere kant, niet iedereen die seksueel geweld heeft meegemaakt, hoeft uiteindelijk verwezen te worden voor traumabehandeling binnen de GGZ hulpverlening. Verwijzing naar de GGZ zal in verband met vergoeding door de verzekering via de huisarts moeten verlopen.

9.2.6 Nazorg

Hoewel het bieden van psychosociale hulpverlening na seksueel geweld niet tot de kerntaken van de GGD behoort, is het wel een onlosmakelijk onderdeel bij de afhandeling en beoordeling. Daarbij is belangrijk te beseffen dat negatieve reacties van professionals (zoals *victim blaming*) de cliënt opnieuw kunnen traumatiseren. Dit wordt ook wel *secondary victimization* genoemd (Campbell 2005). Niet alleen de sensitiviteit van de geboden hulp doet ertoe,

maar ook de timing. Wanneer een slachtoffer van seksueel geweld zich niet direct wendt tot een crisiscentrum of (in mindere mate) de politie, vergroot dit het risico om een tweede maal slachtoffer te worden van seksueel geweld (Mason 2009). Als een cliënt niet de juiste hulp op het juiste moment krijgt, is er een grotere kans op het ontwikkelen van een posttraumatische stressstoornis (PTSS) of andere psychische klachten. Uit onderzoek blijkt dat mensen die als gevolg van misbruikervaringen PTSS, angsten, depressies en vermijdende coping-strategieën ontwikkelen, extra risico lopen op herhaling van slachtofferschap van seksueel geweld (Van Reemst 2013). Om deze redenen is het van belang om goede afspraken te maken met ketenpartners over evidence-based behandeling van deze slachtoffers.

Het Centrum Seksueel Geweld biedt een landelijk netwerk van integrale zorg voor slachtoffers van seksueel geweld. Het is belangrijk om afspraken te maken over de manier van verwijzen naar elkaar en het afstemmen van beleid. De kosten voor hulpverlening door een Centrum Seksueel Geweld variëren vanwege de verschillende inbedding van de verschillende centra. Voor gemaakte kosten ten gevolge van seksueel geweld kan een slachtoffer zich beroepen op het Schadefonds Geweldsmisdrijven. Slachtofferhulp kan de cliënt hierbij ondersteunen.

Referenties

- Campbell R, Wasco SM 2005. Understanding rape and sexual assault: 20 years of progress and future directions. J Interpers Violence 20(1):127-31.
- Holm Bramsen R, Elklit A, Hjort Nielsen LA 2009. Danish model for treating victims of rape and sexual assault: the multidisciplinary public approach. J Aggress Maltreat Trauma 18(8):886-905.
- LCI 2020. Richtlijn seksaccidenten.
- Mason GE, Ullman S, Long SE et al. 2009. Social support and risk of sexual assault revictimzation. J Community Psychol 37(1):58-72.
- van Oosten HE, van Leent EJM, de Vries HJC 2011. Richtlijnen SOA polikliniek 2011-2012. GGD Amsterdam.
- van Reemst L, Fisher T, van Dongen S et al. 2013. Risicofactoren voor herhaald slachtofferschap: een literatuurscan. Erasmus Universiteit Rotterdam.

10. Anticonceptie

Vastgesteld LOI-SG: 3 december 2024

Wijzigingen sinds vaststelling:

- Mei 2025: Toevoeging nieuwe paragraaf Anticonceptie voor non-binaire of transgender personen (schriftelijke vaststelling LOI-SG in maart 2025).

Inhoud deeldraaiboek 10

10.1 Inleiding 132
10.2 Vragen tijdens het consult 133
10.3 Mogelijke methoden en betrouwbaarheid 137
10.4 Hormonale preparaten 138
10.4.1 Inleiding 138
10.4.2 Combinatiepreparaten 141
10.4.3 Progesteron alleen 143
10.5 Intra-uteriene middelen (IUD) 145
10.6 Barrièremiddelen 146
10.7 'Natuurlijke' methoden 147
10.7.1 Periodieke onthouding 147
10.7.2 Terugtrekken of coitus interruptus 148
10.7.3 Lactatie-amenorroe-methode 148
10.8 Definitieve methoden 148
10.9 Gebruik van de pil, vaginale ring of pleister 149
10.9.1 Vergeten van de pil, vaginale ring of pleister 149
10.9.2 Braken of diarree 152
10.9.3 Interactie met medicatie 152
10.9.4 Stopweek overslaan 152
10.10 Medische overwegingen en bijwerkingen 153
10.10.1 Medische overwegingen bij het maken van een keuze 153
10.10.2 Bijwerkingen hormoonbevattende anticonceptiemiddelen 158
10.11 Wanneer anticonceptie faalt 161
10.12 Medicatie op recept 163
10.13 Anticonceptie voorschrijven aan minderjarige cliënten (juridische aspecten) 164
10.14 Anticonceptie voor non-binaire of transgender personen 165
Referenties 166
Bijlage Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie 169

10.1 Inleiding

De meest voorkomende hulpvraag tijdens een consult seksuele gezondheid is anticonceptie. Uit onderzoek van Rutgers blijkt dat 91% van de jongeren van 13-25 jaar bij de eerste keer vaginale seks een anticonceptiemethode gebruikte (De Graaf 2024). De meest gebruikte methoden onder 17-24-jarigen die ooit vaginale seks hadden, zijn de pil (39%) (al of niet in combinatie met condoom (7%)) en de hormoonspiraal (18%). Van de Nederlandse vrouwen tussen de 15 en 50 jaar die ooit vaginale seks hadden, gebruikte 74,1% een vorm van anticonceptie (waarvan 39,7% de anticonceptiepil) (CBS 2022).

In het pilgebruik door de tijd heen is een dalende trend te zien: ten opzichte van het voorgaande jaar was er een afname van 5,5% in 2021, een afname van 4,3% in 2022, en een afname van 5,0% in 2023. Ook voor het gebruik van andere anticonceptie werd van 2022 naar 2023 een dalende trend gezien van 2,3%. Desondanks werd in Nederland door apotheken in 2022 aan 1,3 miljoen vrouwen hormonale anticonceptie uitgegeven, waarvan 1,1 miljoen orale anticonceptiva geregistreerd door apotheken. Het totaal aantal pilgebruiksters en hormoonspiraalgebruiksters was respectievelijk 850.000 en 410.000 (SFK 2023).

Ongeveer 20% van de vrouwen gebruikte geen methode. De meest genoemde reden (52%) om geen methode te gebruiken is: ik wil geen hormonen gebruiken (De Graaf 2024). Een onderzoek onder vrouwen van 18-30 jaar die het afgelopen jaar vaginale seks hadden, liet zien dat 14% van de vrouwen een ‘natuurlijke’ methode gebruikte, waarvan 4% terugtrekken (Rutgers 2024). De anticonceptiekloof (*unmet need for contraception*) was in 2022 8,4% voor vrouwen van 16-49 jaar die geen anticonceptie gebruiken terwijl ze wel seksueel actief zijn maar geen zwangerschapswens hebben (Roordink 2024). Deze anticonceptiekloof betekent dat er behoefte is om de toegang tot (informatie over) anticonceptie te blijven waarborgen. Ook is er een groeiende vraag van non-binaire en transgender personen over anticonceptie.

Om een goed advies te kunnen geven aan een cliënt(e) is het noodzakelijk kennis te hebben over de bestaande (moderne en ‘natuurlijke’) middelen, over contra-indicaties en bijwerkingen. Om een advies op maat te geven zullen we in dit deeldraaiboek de onderwerpen behandelen die in een consult voorbijkomen.

Zie kaders 10.1 en 10.2 voor een plan van aanpak voor een eerste en een eventueel tweede consult.

Kader 10.1: Plan van aanpak eerste consult

- Voorstellen
- Uitleg consult
- Gelegenheid tot vragen stellen
- Doel van het gesprek verhelderen (zie § 10.2)
- Verhelderen van verwachtingen en ervaringen (zie § 10.2)
- Signaleren van misverstanden en wensen (zie § 10.2)
- Bespreken van mogelijke methoden (zie § 10.3)
- Bespreken eerste voorkeur en alternatieven
- Medische voorgeschiedenis uitvragen (vragenlijst) (zie § 10.10.1 en bijlage 'Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie')
- Bespreken soa-beleid (zie deeldraaiboek 8)
- Bespreken tevredenheid seksueel leven
- Besluitvorming: tweede consult, recept uitschrijven
- Productinformatie
- Uitleg gebruik (zie § 10.9)
- Noteer afspraken in dossier

Kader 10.2: Plan van aanpak tweede consult (na ± 3 maanden)

- Gelegenheid tot vragen stellen
- Ervaring met anticonceptiemiddel (bijwerkingen) (zie § 10.10.2)
- Vertrouwen in werking van het middel
- Ervaringen partner
- Vaardigheden voor juist gebruik (zie § 10.9)
- Misverstanden signaleren
- Herhalingsrecept meegeven

In een onderzoek onder jonge vrouwen naar het eerste anticonceptieconsult gaf meer dan de helft aan het belangrijk te vinden dat een vervolgconsult plaatsvindt. Biedt dit altijd aan bij het starten met, of het switchen naar, een gekozen anticonceptiemethode. In overleg kan worden gekozen voor een fysieke of telefonische follow-up. Hierin kan je onder andere bijwerkingen, gebruiksmethode, betrouwbaarheid, invloed op seks en bloedingen bespreken (Van Ditzhuijzen 2021).

10.2 Vragen tijdens het consult

Wanneer een cliënt(e) op het spreekuur komt met een vraag over anticonceptie kan het gaan over verschillende onderwerpen. Een cliënt(e) wil mogelijk een of meerdere van de onderstaande onderwerpen bespreken met een verpleegkundige of arts seksuele gezondheid:

- het starten met een (nieuw) anticonceptiemiddel;
- het wisselen naar een ander middel;
- vragen over het gebruik van een middel;
- vragen en zorgen over een methode;
- het falen van een middel of bijwerkingen ervaren;
- de feiten en fabels omtrent anticonceptiva (zie Zorgen en misvattingen op seksindepraktijk.nl);
- de wens om te stoppen met anticonceptie.

Als er voor het gesprek voldoende tijd wordt genomen, eventueel ongemak wordt weggenomen, goed aangesloten wordt op de vragen en behoeften van

de cliënt(e), en er sprake is van shared-decision-making, dan kan dit bijdragen aan de tevredenheid met het anticonceptieconsult. Dit bevordert vervolgens weer de therapietrouw. Het is dus van belang om in te gaan op eerdere ervaringen met een middel, de verwachtingen van een middel en op onderliggende zorgen, misverstanden of mythes (zie Zorgen en misvattingen op seksindepraktijk.nl). Het is de kunst om deze door de cliënt(e) zelf te laten benoemen. Vraag daarbij ook naar de bron van de informatie die een cliënte tot dan toe gebruikt heeft (bijvoorbeeld TikTok o.i.d.). Onzekerheden over een middel of het vertrouwen in de betrouwbaarheid dienen opgehelderd te worden. Wat verwacht een cliënt van een middel? Wat zou cliënt(e) zelf het liefst gebruiken?

In kader 10.3 worden de onderwerpen voor vragen weergegeven die van belang kunnen zijn in een consult over anticonceptie.

Kader 10.3: Onderwerpen voor vragen tijdens consult

- Hoe zijn de menstruaties op het moment? Hoeveel dagen is er bloedverlies? Hoeveel bloedverlies? Zijn er (pijn)klachten? Is er een (ir)regulaire cyclus? Hoelang duurt de cyclus?
- Is er sprake van een vaste partner of alleen losse partners? Is er sprake van sekswerk?
- Zijn er kinderen of is er een kinderwens?
- Wat is de huidige anticonceptie?
- Is er interesse in een andere methode?
- Is cliënt(e) een starter of wil cliënt(e) wisselen van methode?
- Welke anticonceptie zijn eerder gebruikt?
- Tevredenheid en ervaring met anticonceptiemiddel(en)?
- Wat zijn je verwachtingen van en ideeën over anticonceptiemiddelen?
- Wat is voor jou belangrijk? (Bijvoorbeeld minder bloeden, planning van je bloeding, frequentie van gebruik van een middel, geen veranderingen aan de huid, geen invloed op seksualiteitsbeleving, geen hormonen, meer contact met eigen cyclus of lijf)
- Wat zijn de kosten van de methode?
- Is er ooit een onbedoelde of ongewenste zwangerschap geweest?
- Is er een miskraam of abortus in het verleden geweest?
- Wat is de ervaring met vrijen en beleving van vaginale seks/seksualiteit, consent, zonder dwang of drang?
- Is er ooit onveilig gevreeën? (Onbeschermd tegen soa? Of onbeschermd tegen zwangerschap?)
- Ervaart cliënt(e) problemen bij het vrijen? (Bijvoorbeeld pijn bij het vrijen, te snel klaarkomen.)
- Heeft cliënt(e) ooit nare ervaringen gehad op seksueel gebied?

Op de website anticonceptievoorjou.nl staat een test die thuis kan worden gedaan door de cliënt(e) of tijdens het spreekuur. De uitkomsten van de test kunnen helpen bij het advies op basis van de wensen van de cliënt(e).
Tabel 10.1 kan ook worden gebruikt bij het maken van een keuze. In de tabel worden enkel methoden besproken.

Tabel 10.1 Vragenlijst wensen anticonceptie (gebaseerd op Rutgers 2020).

Criteria voor gebruik anticonceptie	Methoden die geschikt zijn
Hoe vaak wil je eraan denken? a. iedere dag b. niet iedere dag, maar wel regelmatig c. bijna nooit	*Methode* a. pil b. pleister, ring, prikpil, condoom, pessarium c. hormoon IUD, koper IUD, implantaat, sterilisatie**
Zou je hormonale anticonceptie willen gebruiken? a. ja b. nee	*Methode* a. pil, ring, pleister, implantaat, hormoon IUD, prikpil b. Koper IUD, sterilisatie, condoom, pessarium, natuurlijke methoden
Mag iemand anders zien dat je anticonceptie gebruikt? a. ja, zichtbaar b. ja, minder opvallend (relatief onzichtbaar) c. nee, ik wil het geheim houden	*Methode* a. pil, ring of pleister, condoom b. implantaat c. hormoon IUD, koper IUD, prikpil, sterilisatie
Mag een dokter je anticonceptie inbrengen? a. ja b. nee, ik wil het helemaal zelf gebruiken	*Methode* a. hormoon IUD, koper IUD, implantaat, prikpil, sterilisatie b. pil, ring, pleister, condoom, pessarium, natuurlijke methoden
Wil je zelf plannen wanneer je ongesteld bent? a. ja b. nee	*Methode* a. pil, ring, pleister b. hormoon IUD, koper IUD, sterilisatie, implantaat, prikpil, condoom
Wil je elke maand een bloeding (bijvoorbeeld om culturele/religieuze redenen, of omdat je contact wil met je eigen cyclus)? a. ja b. nee	*Methode* a. pil, ring, pleister, koper IUD, sterilisatie, condoom (bij pil, ring, pleister geen contact met de eigen cyclus, bij koper IUD, sterilisatie en condooms wel) b. hormoon IUD, implantaat, prikpil
Wil je minder last hebben van je menstruatie? a. ja b. nee	*Methode* a. pil, ring, pleister, hormoon IUD, implantaat, prikpil b. koper IUD (je bloeding kan heftiger worden), sterilisatie, condoom, natuurlijke methoden
Mag je wegens een aandoening (bijvoorbeeld cardiovasculair, hypertensie/trombo-embolie, borstkanker, baarmoederhalskanker, migraine met aura) geen hormonen gebruiken? a. ja b. nee	*Methode* a. koper IUD, sterilisatie, condoom, pessarium b. pil, ring, pleister, implantaat, hormoon IUD, prikpil
Wil je binnen een jaar zwanger kunnen raken? a. ja b. nee	*Methode* a. pil, ring, pleister, condoom, pessarium b. per definitie niet: prikpil, sterilisatie. Relatief qua kosten: hormoon IUD, koper IUD, implantaat
*Moet het zo goedkoop mogelijk zijn?** a. ja b. nee, ik wil er best wat geld voor betalen (eventueel eenmalig)	*Methode* a. koper IUD (over meer jaren), pil, prikpil, condoom b. ring, pleister, implantaat, hormoon IUD, sterilisatie
Wil je er alleen tijdens het seksuele contact aan denken en naar handelen? a. ja b. nee	*Methode* a. condoom, pessarium b. andere methoden

Criteria voor gebruik anticonceptie	Methoden die geschikt zijn
Wil je ook bescherming tegen soa's (zoals chlamydia en gonorroe)? a. ja b. nee	*Methode* a. condoom (bij oraal, vaginaal & anaal contact) b. andere methoden

* Bepaal altijd eerst het middel van eerste keuze. Spelen kosten toch een rol, dan kan er voor een ander middel gekozen worden of cliënt(e) kan bij het project Nu Niet Zwanger (NNZ) aangemeld worden. ** Sterilisatie op jonge leeftijd wordt vaak door de gynaecoloog/chirurg/uroloog niet gehonoreerd, maar bij uitzondering van verhaal of op oudere leeftijd is het wel discussieerbaar. Bij vragen over invriezen van zaad- of eicellen doorverwijzen naar fertiliteitsarts.

De kosten van medicatie, en dus ook van anticonceptie, kunnen nagegaan worden in het Farmacotherapeutisch Kompas bij het betreffende middel, of op Medicijnkosten.nl. Het vergoedingenoverzicht staat op websites als die van Independer.

Kader 10.4 gaat in op de privacy en het eigen risico van cliënten. Kader 10.5 gaat in op voorzieningen in het geval van achterstand op financieel, mentaal of psychosociaal gebied. Wanneer er een beeld is verkregen van de wensen en verwachtingen van de cliënt(e) kunnen de opties worden voorgelegd die hierbij passen. Neem samen met de cliënt(e) de middelen door waarvoor cliënt(e) een voorkeur heeft. Betrek hier eventueel ook de partner bij.

Kader 10.4: Privacy en recepten

Houd altijd rekening met het eigen risico van de cliënt(e) en met de wens tot geheimhouding. Kosten voor anticonceptie worden onder de 18 jaar vanuit de basisverzekering volledig vergoed. Ouders hebben echter wel inzicht in de zorgkosten van de cliënt(e). Een uitgave van een anticonceptiemiddel kan dan als 'medicijn uitgifte' onder ogen van ouders komen. Van 18 jaar tot 21 jaar valt anticonceptie binnen de basisverzekering, maar eerst wordt het eigen risico aangesproken. Vanaf 21 jaar is een aanvullende verzekering nodig. Als cliënten ouder zijn en wel verzekerd, maar bijvoorbeeld de anticonceptie voor hun partner willen verbergen, kunnen ze de anticonceptie het beste met een recept bij de apotheek halen en zelf out-of-pocket betalen.

Kader 10.5: Bespreking kinderwens bij cliënten die leven in kwetsbare omstandigheden

Als de Nu Niet Zwanger (NNZ)-werkwijze in jouw regio geïmplementeerd is, kunnen personen met een achterstand op financieel, mentaal of psychosociaal gebied spreken met medewerkers van het NNZ-team over hun kinderwens, seksualiteit, zwangerschap en anticonceptie. Bij (nu) geen actuele kinderwens kan samen met een NNZ-medewerker gekeken worden naar een anticonceptiemethode en eventuele dekking van de kosten van de anticonceptie (ook van sterilisatie bij een gynaecoloog/uroloog/chirurg). Opgebouwde contacten door NNZ met apotheker en huisartsen/ verloskundigen/gynaecologen/urologen in de regio kunnen ook ingezet worden voor het gratis vrijgeven, voorschrijven, plaatsen of opvolgen van anticonceptiemethoden. Zie ook nunietzwanger.nl.

10.3 Mogelijke methoden en betrouwbaarheid

Er zijn vijf methoden/middelen voor anticonceptie te onderscheiden. In volgorde van meest naar minst gebruikt zijn dit (CBS 2022, Rutgers 2024):

- hormonale middelen (zoals pil, pleister of implantaat) (zie § 10.4);
- intra-uteriene middelen (zoals koper- of hormoonspiraal) (zie § 10.5);
- barrièremiddelen (zoals condoom of pessarium) (zie § 10.6);
- 'natuurlijke' methoden (zoals coitus interruptus of methoden die rekening houden met vruchtbare dagen of borstvoeding) (zie § 10.7);
- definitieve methoden (sterilisatie) (zie § 10.8).

Wanneer we praten over de betrouwbaarheid van een anticonceptiemiddel, gebruiken we de Pearl-index. De Pearl-index geeft het aantal zwangerschappen aan dat ondanks het toepassen van de methode ontstaat bij 100 vrouwen die gedurende een jaar deze methode op correcte wijze gebruiken. In tabel 10.2 is het percentage vrouwen weergegeven dat tijdens het gebruik van een middel zwanger raakt (aantal vrouwen per 100 vrouwen dat zwanger raakt tijdens gebruik van het middel gedurende een jaar). De cijfers komen uit verschillende onderzoeken, waarvan enkele zijn uitgevoerd onder Nederlandse vrouwen en andere onder Amerikaanse vrouwen. De tabel is gebaseerd op verschillende onderzoeken (Picavet 2011, Van Lunsen 2012, SAN 2020) en de SmPC-teksten van de verschillende middelen.

Tabel 10.2 Betrouwbaarheid anticonceptiemethoden.

Methode	% Praktisch	% Theoretisch
Geen anticonceptie		
- geen anticonceptie	80-85	
Hormonale middelen		
- combinatiepil	0,2-10	0,5
- anticonceptiering (NuvaRing)	0,65	0,4-1,27
- anticonceptiepleister (Evra/Lisvy)	0,71-0,76	0,4-0,59
- prikpil (Depo Provera/Sayana Press)	0,6	<0,1
- minipil (Cerazette/Microlut/Microval)	1-5	0,14
- implantaat (Implanon)	0,05 *	0
Intra-uteriene middelen		
- Mirena	**	0,1-0,2
- Kyleena	**	0,1-0,3
- koperopp. ≥300 mm² (Flexi-T, T-safe)	**	0,5
- koperimplantaat: Gynefix (220 mm²)	**	0,2
Barrièremiddelen		
- condoom	12	2
- vrouwencondoom	10	2,6
- pessarium occlusivum	3,5	1
- FemCap	3,5 ***	1
- spermiciden alleen (zonder barrièremiddel)	4-37	4
*Definitieve methoden****		
- sterilisatie man (vasectomie)	0,5	<0,1

Methode	% Praktisch	% Theoretisch
- sterilisatie vrouw	0,5-1,8	0,5
'Natuurlijke' methoden		
- coitus interruptus	12-38	1
- periodieke onthouding	6-47	3,3
- lactatie amenorroe 0-4 mnd.	0,3	0
- lactatie amenorroe 5-6 mnd.	3-16	1-3
- standaarddagenmethode (dag 8 tot dag 19)	12	5
- veranderingen in cervixslijm (Billings)	15,5-35	1-3
- temperatuurmethode (Natural Cycles)	2,5-7	1
- symptothermaal (Natural Family Planning)*****	2-2,5	0,4-0,7

* Gebleken is dat soms toch zwangerschap ontstaat. In die gevallen blijkt het staafje door het niet strikt opvolgen van de instructies foutief of niet ingebracht te zijn of te zijn ingebracht op een tijdstip, dat al bevruchting had plaatsgevonden. ** Omdat er na juiste plaatsing/positie geen praktische fouten in het gebruik kunnen plaatsvinden, zijn de theoretische en de praktische betrouwbaarheid vrijwel gelijk aan elkaar. *** De Pearl-index bij werkelijk gebruik is niet goed bekend. In vergelijking met het pessarium occlusivum is een FemCap minder betrouwbaar (Barnhoorn 2023). **** Betrouwbaarheid is mede afhankelijk van de ervaring van degene die de ingreep uitvoert. ***** Symptothermaal (Natural Family Planning) is gebaseerd op cycluslengte en een combinatie van de methode van temperatuur, viscositeit van (cervix)slijm en optioneel de positie van de baarmoedermond. Meer info vind je op www.seksindepraktijk.nl, www.sensiplan.nl en www.anticonceptie-online.nl.

Bij *wisselen tussen verschillende anticonceptiemethoden* zal een betrouwbaarheidsinterval aangehouden moeten worden voordat de nieuwe methode betrouwbaar wordt geacht. Aanvullende anticonceptie kan (tijdelijk) geïndiceerd zijn. Zie tabel 9 in de NHG-Standaard Anticonceptie. Bij start van anticonceptie post-partum kan tabel 17 in de NHG-Standaard Anticonceptie aangehouden worden.

10.4 Hormonale preparaten

10.4.1 Inleiding

Hormonale preparaten voor mannen zijn wel in ontwikkeling en getest met goede resultaten, maar zijn nog niet op de Nederlandse markt verkrijgbaar. Geteste preparaten zijn anticonceptie-gel (Nestorone), injectie met gel in de zaadleiders (blokkade) en de mannelijke anticonceptiepil (Page 2022).

Hormonale preparaten voor vrouwen (en trans mannen) zijn onder te verdelen in combinatiepreparaten en in progestageen-alleen preparaten. De middelen die tot de eerste groep behoren bevatten zowel progestageen als oestrogeen. De middelen uit de tweede groep bevatten alleen progestageen. Progestageen is het hormoon dat zorgt dat een gebruik(st)er niet zwanger wordt. Het zorgt ervoor dat de rijping van een follikel en de ovulatie wordt geremd. Daarnaast zorgt het ervoor dat de uitrijping van het baarmoederslijmvlies wordt geremd en het beïnvloedt het cervixslijmvlies zodat de cervix minder doorgankelijk wordt voor zaadcellen. In de combinatiemethoden zijn de oestrogenen toegevoegd om een regelmatig bloedingspatroon te bevorderen.

In een combinatiepreparaat zorgt het oestrogeen voor het opbouwen van het slijmvlies en het progestageen houdt dit opgebouwde slijmvlies vast. In de

stopweek dalen beide spiegels en wordt het opgebouwde slijmvlies losgelaten; dit is de 'onttrekkingsbloeding'.

Het slikken van de hormonen in een pil betekent niet per definitie dat het lichaam 'extra' hormonen binnenkrijgt. De toediening van hormonen middels de pil zorgt ervoor dat de eigen hormoonproductie (vanuit de hypofyse en ovariae) geremd wordt en dat dit vervangen wordt door de hormonen die in de pil zitten.

Indeling pil
De pil wordt ingedeeld in een-, drie- en meerfasenpillen, afhankelijk van de samenstelling van de pillen per strip. Bij de eenfasemiddelen hebben alle pillen dezelfde samenstelling gedurende 21 dagen gevolgd door een stopweek, of gedurende 24 dagen gevolgd door 4 placebotabletten. In dit laatste geval is er een stopperiode van 4 dagen. Bij de drie- en meermiddelen is de samenstelling van hormonen over de weken verschillend en worden de schommelingen van de eigen hormonen nagebootst.

Een andere indeling van de pil is op grond van de chronologie van ontwikkeling. Op basis van wanneer de pil ontwikkeld is en welk type progesteron het bevat, wordt een indeling gemaakt in eerste- tot en met vierdegeneratiepillen. In tabel 10.3 zijn alle *verkrijgbare* hormonale anticonceptiemiddelen weergegeven (eerstegeneratiemiddelen zijn inmiddels niet meer beschikbaar en worden dus ook niet weergegeven). De verschillende progestagenen genoemd in de tabel zijn niet vergelijkbaar in dosering wegens verschil in biologische activiteit.

Tabel 10.3 Hormonale middelen.

Merknaam	**Samenstelling**
Pillen: eenfasepreparaten (alle pillen in de pilstrip hebben dezelfde samenstelling)	
2e generatie	
Microgynon 20 / Lovette	20 µg EE + 0,10 mg levonorgestrel
Microgynon 30 / Stediril 30 / Rigevidon	30 µg EE + 0,15 mg levonorgestrel
Microgynon 50 / Neo-Stediril	50 µg EE + 0,125 mg levonorgestrel
Cilest	35 µg EE + 0,25 mg norgestimaat
Seasonique*	30 µg EE + 0,15 mg levonorgestrel
3e generatie	
Femodeen / Minulet	30 µg EE + 0,075 mg gestodeen
Marvelon / Strelicia	30 µg EE + 0,15 mg desogestrel
Mercilon / Strelicia	20 µg EE + 0,15 mg desogestrel
4e generatie	
Yasmin / Rosal	30 µg EE + 3 mg drospirenon
Yaz 24+4** / Daylette 24+4**	20 µg EE + 3 mg drospirenon
Zoely 24+4**	1,5 mg E + 2,5 mg nomegestrol
Drovelis**	14,2 mg Et + 3 mg drospirenon
Pillen: driefasenpreparaten	
2e generatie	
Trigynon / Trinordiol	30-40 µg EE + 0,05-0,125 mg levonorgestrel
Pillen: meerfasenpreparaten	
4e generatie	

Merknaam	Samenstelling
Qlaira 26+2***	1-3 mg EV (dag 1-26) + 2-3 mg dienogest (dag 3-24)
Anticonceptiering	
NuvaRing / Ornibel	15 µg EE / 24 uur + 0,12 mg etonogestrel per 24 uur
Anticonceptiepleister	
Evra	34 µg EE / 24 uur + 0,2 mg norelgestromin / 24 uur
Lisvy	13 µg EE / 24 uur + 0,06 mg gestodeen / 24 uur
Minipil	
Cerazette/ Delamonie / Zarelle	75 µg desogestrel per tablet
Prikpil	
Depo-Provera '150'	150 mg medroxyprogesteron per 12-wekelijkse injectie
Sayana Press	0,65 ml x 160 mg/ml = 104 mg medroxyprogesteron per 13-wekelijkse injectie
Implantaat	
Implanon NXT	ca. 25-35 µg etonogestrel per dag
Intra-uterien systeem	
Mirena	Initieel ca. 60-70 µg levonorgestrel per dag week 5-6, na 5 jaar 11 µg per dag, na 8 jaar 7 µg per dag
Levosert	Initieel ca. 20 µg levonorgestrel per dag, in 6e jaar 9 µg per dag
Kyleena	Initieel ca. 17,5 µg levonorgestrel per dag, na 5 jaar 7,4 µg per dag

Progesteron met anti-androgeen effect

Progestageen met androgeen effect

Progestageen met laag androgeen effect

EE ethinylestradiol; EV estradiolvaleraat; E estradiol; Et estetrol; * Seasonique bevat 84 pillen, gevolgd door 7 dagen stopweek met 7 tabletten van 10 µg EE/ dag; ** Yaz, Zoely, Daylette en Drovelis bevatten 28 pillen waaronder 4 placebopillen de laatste 4 dagen. Er is geen stopweek. *** Qlaira bevat 28 pillen. Dag 1-2: 3 mg EV; dag 3-7: 2 mg EV + 2 mg dienogest; dag 8-24: 2 mg EV + 3 mg dienogest; dag 25-26: 1 mg EV; dag 27-28: 2 placebopillen. Er is geen stopweek.

Het effect van progesteron

Het progestageen in een preparaat kan verschillen; daardoor kan ook de werking verschillen. Sommige progestagenen hebben een androgeen en anabool bijeffect (met name eerste- en tweedegeneratiepillen). Later ontwikkelde pillen hebben een minder androgeen effect (bijvoorbeeld desogestrel en etonogestrel). Wanneer een progesteron een androgeen effect heeft, kunnen vrouwen (meer) last krijgen van acné of bijvoorbeeld toename van de eetlust. Een progesteron met een anti-androgeen effect kan de gevoeligheid voor seksuele prikkeling doen afnemen en vermoeidheid als bijwerking geven. Welk progesteron wordt gekozen, kan daarom afhangen van bijvoorbeeld eerdere klachten bij pilgebruik. Cliënten met paracyclische stemmingsstoornissen of een duidelijk met de pil samenhangend verminderd seksueel verlangen kunnen juist positief effect hebben van een progestageen met androgene werking (eerste en tweede generatie). Cliënten bekend met acné of klachten van vochtretentie kunnen juist baat hebben bij een pil van een nieuwere generatie en dus met een anti-androgeen effect (bijvoorbeeld drosperinon).

In tabel 10.4 worden de verschillende effecten van verschillende progestagenen weergegeven. Zie ook tabellen 10.7 en 10.8 voor adviezen over bijwerkingen.

Tabel 10.4 Effecten van verschillende progestagenen.*

Type progestageen	Androgeen	Anti-androgeen	Anti-mineralo-corticoid	Anabool	Oestrogeen	Anti-oestrogeen
Progesteron	-	-	-	-	-	+
Medroxyprogesteron	+	-	-	-	-	+
Levonorgestrel	+	-	-	+	-	+
Desogestrel	-	-	-	-	-	-
Drosperinon	-	+	+	-	-	-
Dienogest	-	+	-	-	-	+
Cyproteronacetaat	-	+	-	+	-	-
Nomegestrel(acetaat)	-	+	+/-	-	-	+

* Deze tabel is gebaseerd op een presentatie van Rik H.W. van Lunsen op basis van een literatuursearch (o.a. García-Sáenz 2023).

Risico op trombose
Het risico op trombose bij gezonde jonge vrouwen is extreem klein (<1 op 10.000). Bij gebruik(st)ers van een combinatiepreparaat van de tweede generatie is dat risico iets minder klein (ongeveer 3 op 10.000) en bij derde- en vierdegeneratiepillen ongeveer 5 op 10.000. Het risico is met name het eerste gebruiksjaar aanwezig. De kans op trombose tijdens een zwangerschap wordt geschat op 8 per 10.000, hoger dan trombose als gevolg van een pil. Bij de pleister (Evra) en de vaginale ring (Nuvaring) is het risico op trombose iets groter, namelijk 6-12 per 10.000 vrouwen (SmPC NuvaRing, SmPC Evra). Screening op een stollingsstoornis heeft geen zin. Maar als in de familie een bekende stollingsstoornis aanwezig is, dient het risico afgewogen te worden tegen alternatieven of tegen de kans op ongewenste zwangerschap. Daarnaast moet ook rekening gehouden worden met andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten c.q. de leefstijl van de cliënt(e).

Kader 10.6: Diane-35

Diane-35, een medicament dat 35 µg ethinylestradiol en 2 mg cyproteronacetaat bevat, werd voorheen nog voorgeschreven als anticonceptiemiddel. Het is sinds 2013 niet meer voor anticonceptie geïndiceerd wegens het verhoogde tromboserisico. Wanneer een gebruik(st)er van de Diane-35 op consult komt, overweeg dan om het advies te geven om te wisselen naar een middel dat wel geïndiceerd is als anticonceptiemiddel.

10.4.2 Combinatiepreparaten

Als er voor een hormoonbevattend middel wordt gekozen, kan met behulp van onderstaande overzichten het juiste middel worden bepaald. Als er geen speciale redenen zijn om voor een bepaald progestativum te kiezen, is vanwege het laagste tromboserisico in principe een pil met het tweedegeneratie-progestativum (30 of 20 µg levonorgestrel) de eerste keuze. Daarnaast kan bij Microgynon makkelijk geschakeld worden naar meer of minder oestrogeen en progestageen.

Voordelen van het gebruik van de combinatiepil zijn:

- minder bloedverlies, minder kans op anemie;
- minder pijn tijdens menstruatie;
- minder goedaardige knobbels in borsten;
- minder cyclusgebonden klachten;
- mogelijk minder premenstruele klachten;
- mogelijk minder acné en hirsutisme;
- minder kans op pelvic inflammatory disease (PID) dan bij bijvoorbeeld een spiraal;
- minder kans op een maligniteit aan baarmoeder of eierstokken;
- minder kans op colorectaal carcinoom;
- mogelijke positieve beïnvloeding van mentale klachten, bijvoorbeeld bij depressie.

Nadelen van het gebruik van de combinatiepil zijn:

- bij roken een hogere kans op hart- en vaatziekten;
- iets vaker trombose met name gedurende het eerste jaar van gebruik;
- iets vaker trombose wanneer familie bekend met trombose of embolie;
- iets vaker stoornissen in de suikerstofwisseling;
- iets vaker verhoging van de bloeddruk;
- iets vaker goedaardige aandoeningen van de lever;
- mogelijk iets vaker mammacarcinoom en mogelijk iets vaker cervixcarcinoom
- mogelijk stemmingsklachten (bij 1 op de 10 gebruiksters), en dan vooral in de eerste maanden.

Overzicht 1. Pil.	
Pil	
Bevat:	Oestrogeen 20-50 µg + progestativum. Remming follikelgroei en ovulatie, bemoeilijkte innesteling in endometrium slijmvlies en ondoordringbaarheid van cervixslijm voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	Dagelijks 1 pil, stopweek van maximaal 7 dagen. Doorslikken van meerdere strips, maar ook het houden van een kortere stopweek is mogelijk. Meer informatie is te vinden op o.a. www.sense.info
Voordelen:	Zeer betrouwbaar. Planbaar bloedverlies. Minder bloedverlies (amenorroe bij 50% na 1 jaar doorslikken).
Nadelen:	Bijwerkingen (meestal gedurende enkele maanden) (zie tabel 10.7). Dagelijkse inname.

Overzicht 2. Anticonceptiering.	
NuvaRing	
Bevat:	Oestrogeen 2,7 mg + etonogestrel 11,7 mg (bloedspiegels vergelijkbaar met 35 µg pil). Remming follikelgroei en ovulatie, bemoeilijkte innesteling in endometrium slijmvlies en ondoordringbaarheid van cervixslijm voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	Gedurende 3 weken 1 ring vaginaal, 1 week ring uit, maximaal 7 dagen. Ring als een tampon inbrengen. Doorringen is mogelijk. Maximaal 3 uur verwijderen per 24 uur voor behoud betrouwbaarheid.
Voordelen:	Zeer betrouwbaar. Twee keer per 28 dagen aan denken. (Bij verwijderen van de oude en plaatsen van de nieuwe ring.)
Nadelen:	Bijwerkingen: hoofdpijn, vaginale infecties en afscheiding 5-6% (zie tabel 10.7). Veiligheid en werkzaamheid vastgesteld bij vrouwen 18-40 jaar (SmPC).

Overzicht 3. Anticonceptiepleister.	
Evra	
Bevat:	Oestrogeen 600 µg (spiegels in bloed vergelijkbaar met pil met minimaal 35 µg oestrogeen) + progesteron (norelgestromin 6 mg). Remming follikelgroei en ovulatie, bemoeilijkte innesteling in endometrium slijmvlies en ondoordringbaarheid van cervixslijm voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	Wekelijks nieuwe pleister aanbrengen op de huid (wisselend op bovenarm, romp, buik, bil). Stopweek van maximaal 7 dagen. Bij het plakken van een nieuwe pleister dient er na 7 dagen binnen 24 uur een nieuwe pleister te zijn geplakt. Doorplakken wordt niet geadviseerd (vanwege stapeling van oestrogeen en daarmee een hogere kans op bijwerkingen zoals doorbraakbloedingen en trombose), maar kan wel tot maximaal 6 weken, waarop een pleistervrije periode van 7 dagen moet zijn. Hierna de normale toepassing weer hervatten.
Voordelen:	Zeer betrouwbaar. Bestand tegen water en warmte. Wekelijks aan denken.
Nadelen:	Bijwerkingen: hoofdpijn, misselijkheid, borstgevoeligheid (zie tabel 10.7). Veiligheid en werkzaamheid vastgesteld bij vrouwen 18-45 jaar (SmPC).Bij vrouwen >90 kg is de werking mogelijk verminderd (SmPC).Iets vaker dan bij pil vocht vasthouden en borstklachten.

10.4.3 Progesteron alleen

De voordelen van de progesteron-only middelen ten opzichte van de combinatiepreparaten zijn:

- dat het is toegestaan wanneer er een verhoogd risico op trombose of hart-vaatziekten is;
- dat het is toegestaan bij migraine (met aura) in de voorgeschiedenis;
- dat het uitkomst kan bieden bij klachten die door oestrogenen worden veroorzaakt.

Overzicht 4. Minipil.	
Cerazette, Delamonie	
Bevat:	Progestageen. Remming ovulatie en cervixslijm ondoordringbaar voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	Eenmaal daags 1 tablet. Géén stopweek.
Voordelen:	Wegblijven van menstruatie (bij 10% na 1 jaar gebruik). Kan bij borstvoeding (oestrogeen onderdrukt melkproductie), post-partum: beginnen tussen dag 21 en dag 28 na bevalling.
Nadelen:	Bijwerkingen (zie tabel 10.8). Onregelmatig bloedverlies (spotting). Wegblijven van menstruatie. Dagelijkse inname (striktere inname noodzakelijk dan bij een combinatiepil). Veiligheid en werkzaamheid niet vastgesteld bij vrouwen <18 jaar (SmPC).

Overzicht 5. Prikpil.	
Depo Provera, Sayana Press	
Bevat:	Progesteron. Remming ovulatie en cervixslijm ondoordringbaar voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	Depo Provera elke 12 weken inspuiten i.m. (bil of bovenarm). Sayana Press elke 13 weken subcutaan (aan de voorkant dijbeen of in de onderbuik) toedienen. Start strikt op eerste tot maximaal de vijfde dag van menstruatie óf op laatste dag van gebruik vorig middel.
Voordelen:	Betrouwbaar. Wegblijven van menstruatie (bij circa 50% na 1 jaar gebruik, bij 70% bij langer gebruik). Relatief onzichtbaar voor anderen.
Nadelen:	Bijwerkingen (zie tabel 10.8). Toediening door hulpverlener (in sommige gevallen door vrouw zelf). Wisselend en onverwacht bloedingspatroon (bij 45%). Wegblijven van menstruatie. Strikte toediening (max. 12 weken tussen 2 doses bij Depo Provera, max. 13 weken voor Sayana Press). Na stoppen kan ovulatie 6-12 maanden uitblijven; gemiddeld duurde het 5,3 maanden na de laatste injectie voordat de ovulatie terugkeerde (SmPC). Niet geschikt voor vrouwen met een kinderwens op korte termijn (mediane tijd tot conceptie na laatste gemiste injectie was 10 maanden). Niet bij (verdenking) kwaadaardigheid borst of geslachtsorgaan. Prikpil relatief gecontra-indiceerd bij jongeren <18 jaar i.v.m. botopbouw. Heroverwegen ander middel na 2 jaar gebruik vanwege afname botmineraaldichtheid, advies voldoende calcium en vitamine D in te nemen tijdens gebruik.

Overzicht 6. Implantaat.	
Implanon NXT	
Bevat:	Progesteron. Remming ovulatie en cervixslijm ondoordringbaar voor sperma.
Toedieningsvorm + gebruik:	Toediening door (getrainde) arts. In arm ingebracht, subcutaan. Werking gedurende 3 jaar. Inbrengen na uitsluiten zwangerschap. Langdurige bescherming (3 jaar). Bij BMI >30 staat in bijsluitertekst 2 jaar bescherming; de NHG-Standaard houdt echter in een bescherming van 3 jaar aan.
Voordelen:	Zeer betrouwbaar. Wegblijven van menstruatie (circa 30% na 1 jaar gebruik). Normale cyclus terug 1-2 maanden na verwijderen. Relatief onzichtbaar voor anderen. Plaatsing minimaal invasief via de huid, geen vaginaal onderzoek nodig.
Nadelen:	Bijwerkingen (zie tabel 10.8). Plaatsing door arts. Incidenteel migratie van Implanon of lastiger te verwijderen wanneer Implanon wat dieper geplaatst is. Eerste maanden onregelmatig bloedverlies (spotting). Wegblijven menstruatie. Mogelijk in eerste weken hoofdpijnklachten. Veiligheid en effectiviteit onderzocht bij vrouwen 18-40 jaar (SmPC).

10.5 Intra-uteriene middelen (IUD)

Bij de IUD berust de anticonceptieve werking op de lokale effecten in de cervix, uterus en tubae. Bij hormoonhoudend IUD zijn er ook systemische effecten (bijvoorbeeld ovulatieremming in het eerste jaar). Bij de koperspiraal worden systemische effecten (en bijwerkingen) vermeden. Een IUD kan eenvoudig worden ingebracht door een huisarts, verloskundige, gynaecoloog, abortusarts of GGD-arts met ervaring. Ook bij cliënten die nog nooit zwanger zijn geweest, kan een IUD geplaatst worden. In dat geval zijn er kleinere IUD's beschikbaar (bijvoorbeeld Multisafe en Kyleena).

Bij plaatsen van een IUD kan door sommige zorgverleners plaatselijke verdoving middels gel of injectie (cervicaal) aangeboden worden. Dit geeft significante pijnreductie bij plaatsing (Soumillion 2015). Ook is bij sommige klinisch zorgverleners in specifieke gevallen een roesje of algehele anaesthesie mogelijk.

Bij verwijdering moet rekening gehouden worden bij de mogelijkheid op zwangerschap wanneer 1 week voorafgaand aan de verwijdering gemeenschap is geweest. Bij de spiralen blijven immers ovulaties bestaan.

Overzicht 7. Hormoonhoudend IUD.	
Mirena, Levosert, Kyleena	
Bevat:	Progesteron. Zorgt dat slijmvlies minder opbouwt, indikking van het cervixslijm en vertraagt de beweging van zaadcellen. Geeft geen ovulatieremming bij 95% van de vrouwen.
Toedieningsvorm + gebruik:	Plaatsing intra-uterien door arts. Plaatsing in 1e week van cyclus, uitsluiten zwangerschap en uitsluiten van soa. Mirena geeft gedurende 8 jaar, Levosert gedurende 6 jaar, Kyleena gedurende 5 jaar bescherming.
Voordelen:	Direct effectief na plaatsing (mits plaatsing op het juiste tijdstip in cyclus). Zelf controle naar draadjes mogelijk. Direct vruchtbaar na verwijdering. Ook te gebruiken als morning-aftermiddel (tot 5 dagen na onbeschermde coïtus). Wegblijven van menstruatie (Mirena: 20% na 1 jaar, 50% na 2 jaar, Kyleena: 12% na 1 jaar, 23% na 5 jaar). Onzichtbaar voor anderen.
Nadelen:	Bijwerkingen (zie tabel 10.8). Plaatsing en verwijdering door arts (plaatsing kan pijnlijk zijn voor cliënte, kans op vasovagale collaps). Kans op uitstoting (expulsie). Na vaginale bevalling 6 weken wachten tot plaatsing. Na sectio caesarea 12 weken wachten tot plaatsing. Dit vanwege hogere kans op perforatie van uterus. Eerste maanden onregelmatig bloedingspatroon en buikpijn of hoofdpijn. Onvoorspelbaar bloedingspatroon. Vaker vaginale fluor. Toename acné. Bij Levosert: werkzaamheid en veiligheid niet onderzocht voor <16 jaar (SmPC).

Overzicht 8. Koper IUD.	
Flexi-T, T-Safe, Gynefix, Multi-safe, Ballerine	
Bevat:	Koper. Koperionen vertragen beweeglijkheid van zaadcellen en er ontstaat een steriele ontstekingsreactie waardoor innesteling onmogelijk wordt gemaakt.
Toedieningsvorm + gebruik:	Plaatsing intra-uterien door arts. Plaatsing in 1e week van cyclus, uitsluiten zwangerschap. Uitsluiten van soa van belang! Afhankelijk van type IUD 5-10 jaar betrouwbaar.
Voordelen:	Geen hormonale bijwerkingen. Direct effectief na plaatsing. Zelf controle naar draadjes mogelijk. Direct vruchtbaar na verwijdering. Ook te gebruiken als morning-aftermiddel (tot 5 dagen na onbeschermde coïtus). Onzichtbaar voor anderen.
Nadelen:	Bijwerkingen (zie tabel 10.8). Plaatsing en verwijdering door arts. Plaatsen kan pijnlijk zijn voor cliënte, risico op vasovagale collaps. Kans op uitstoting. Na bevalling 6 weken wachten tot plaatsing. Na sectio caesarea 12 weken wachten tot plaatsing. Dit vanwege hogere kans op perforatie van uterus. Kans op pijnlijkere menstruatie en meer bloedverlies. Veranderde vaginale fluor.

10.6 Barrièremiddelen

De mannencondooms zijn over het algemeen van zeer goede kwaliteit. De betrouwbaarheid wordt met name verminderd door onjuist gebruik. Juiste

uitleg hierover aan de cliënt is dan ook gewenst. We gaan ervan uit dat de juiste manier van een condoom omdoen bekend is bij de zorgverlener. Naast dat een condoom een goed anticonceptiemiddel is, biedt het ook bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen.

Het vrouwencondoom is een zakje dat middels twee ringen wordt gefixeerd in en buiten de vagina van de vrouw. Het kan voor het vrijen worden ingebracht en maakt de vrouw niet afhankelijk van condoomgebruik door de man.

Het pessarium (occlusivum) is een kapje dat door de vrouw in de vagina wordt gebracht en dat de baarmoedermond afdekt. Ook dit kan voor het vrijen worden ingebracht en dient minimaal 6-8 uur na de coïtus te blijven zitten. Er dient altijd gebruik te worden gemaakt van zaaddodende pasta. Het pessarium wordt door een huisarts, verloskundige of gynaecoloog (en soms GGD-arts) aangemeten.

De Caya wordt in Nederland nu het meeste gebruikt. De Caya is een variatie op het pessarium, met dit verschil dat dit middel niet aangemeten dient te worden door een arts. De Caya is verkrijgbaar in één universele maat die toepasbaar is voor de meeste vrouwen. (Als de Caya te groot is, klapt de ring intern niet uit; als de Caya te klein is, blijft ze niet hoog in de vagina zitten. Voor deze gevallen zijn er grotere en kleinere maten van de Singa (pessarium) bestelbaar.)

De FemCap dient om de baarmoedermond geplaatst te worden. Er zijn drie standaardmaten verkrijgbaar. De FemCap wordt nauwelijks nog gebruikt in Nederland.

Beide middelen, Caya en FemCap, moeten minimaal 6 uur en maximaal 24 uur blijven zitten na de geslachtsgemeenschap en dienen altijd gebruikt te worden in combinatie met een zaaddodende pasta.

Het plaatsen en verwijderen van pessarium, Caya of FemCap kan in de praktijk lastig zijn en wordt bij voorkeur voorgeschreven aan cliënten die vertrouwd zijn met hun lichaam. Gebruik ervan vraagt goede instructie, oefening en motivatie.

10.7 ‘Natuurlijke’ methoden

Een cliënt(e) die geen medische interventie wenst en bij wie een zwangerschapswens aanwezig is maar nog niet actueel, kan kiezen voor periodieke onthouding, terugtrekken (coitus interruptus) in de vruchtbare periode en de lactatie-amenorroe-methode in de post-partumperiode.

10.7.1 Periodieke onthouding

Door geen seks te hebben rondom de dagen van de ovulatie kan een zwangerschap voorkomen worden. Gemiddeld ligt de vruchtbare periode van een vrouw tussen de 8e en 19e cyclusdag (bij een menstruatiecyclus van 28 dagen), gerekend vanaf de 1e dag van de menstruatie. Hierbij wordt rekening gehouden met een ovulatie rond de 14e dag voor de volgende te verwachten menstruatie, waarbij uitgegaan wordt van een levensduur van zaadcellen van 5 dagen en eicel van 1 dag. Maar in de praktijk kan de dag van ovulatie sterk variëren. In 2019 vond gemiddeld over ongeveer 600.000 cycli de ovulatie plaats op de 17e cyclusdag (Bull 2019).

De ovulatie berekenen kan op verschillende manieren. Meestal wordt gebruik gemaakt van de *kalendermethode* (vruchtbare periode vaststellen op basis van langste en kortste cyclusduur van voorgaande 12 cycli) of de *temperatuurmethode* (metingen van temperatuur in de ochtend, binnen 12-24 uur na ovulatie een temperatuurstijging van 0,3-0,5 graden Celsius). Daarnaast kunnen de consistentie van het *cervixslijm* (Billings) en urine-LH of *ovulatietesten* gebruikt worden. De *symptothermale methode* maakt gebruik van de kalendermethode, de temperatuurmethode, beoordeling van het cervixslijm (Billings) en optioneel de consistentie/positie van de baarmoedermond. Gebruik van meerdere methoden tegelijk is het meest betrouwbaar voor voorspelling van de vruchtbare dagen.

Computertjes die gebruikt worden om de ovulatie te berekenen zijn Clue, Flo, MyCalender, Daysy, Meetyou, Clover, Ladycomp, Amila, Ovy, Natural Cycles. Zie Informatie over natuurlijke methoden op seksindepraktijk.nl voor meer informatie.

Bij *periodieke onthouding* moeten de vruchtbare dagen goed voorspeld kunnen worden. Dit is echter niet altijd mogelijk. Het vraagt discipline, een regelmatige cyclus, motivatie en een betrokken partner. Ook moet je seks met je partner zonder condoom kunnen weigeren, of de assertiviteit beheersen om bij een aanwezige wens tot seks in de vruchtbare periode dan alsnog een condoom te gebruiken.

10.7.2 Terugtrekken of coitus interruptus

Terugtrekken, of coitus interruptus, is theoretisch een betrouwbare methode. Praktisch is het echter moeilijk uitvoerbaar, wat maakt dat het een onbetrouwbare methode is om zwangerschap te voorkomen. Het kan voor een man moeilijk zijn tijdig aan te voelen wanneer er ejaculatie plaatsvindt. Of ondanks dat er misschien geen ejaculatie in de vagina plaatsvindt, kunnen zaadcellen in het voorvocht in de vagina of na ejaculatie voor de ingang van de vagina met behulp van vingers in de vagina en vervolgens naar de baarmoeder gebracht worden. Ook als er kort na elkaar opnieuw coïtus/ejaculatie plaatsvindt, kunnen zaadcellen na de eerste coitus nog in de plasbuis zitten en via het voorvocht bij de daaropvolgende coitus in de vagina terecht komen.

10.7.3 Lactatie-amenorroe-methode

De lactatie-amenorroe-methode (LAM) wordt gebruikt wanneer vrouwen borstvoeding geven. Indien er aan strikte voorwaarden wordt voldaan, is deze methode in de eerste 6 maanden redelijk betrouwbaar (circa 98%). De voorwaarden zijn: het kind krijgt uitsluitend borstvoeding (geen enkele vorm van bijvoeding), de moeder heeft nog niet gemenstrueerd, en er is overdag niet meer dan 4 uur en ‘s nachts niet meer dan 6 uur tussen de borstvoedingen (Van der Wijden 2015). Voeding via kolven staat niet gelijk met borstvoeding, aangezien de zuigreflex essentieel is (NVOG 2002).

10.8 Definitieve methoden

Sterilisatie is een vorm van anticonceptie met als doel om de bevruchting definitief onmogelijk te maken. In de praktijk blijkt dat er desondanks een zeer kleine kans bestaat dat er toch een zwangerschap ontstaat. Zowel een man als een vrouw kan gesteriliseerd worden. Als iemand op gesprek komt om een definitieve methode te bespreken, dan is het belangrijk de onomkeerbaarheid van deze methode te noemen. Vanzelfsprekend dient er te

worden nagegaan of beide partners instemmen en weloverwogen kiezen voor sterilisatie.

Bij sterilisatie van de man wordt de procedure een vasectomie genoemd. In een procedure van een half uur worden beide zaadleiders doorgenomen. Naderhand is gedurende 3 maanden nog aanvullende anticonceptie nodig. In 0,1% van de gevallen treedt hierna toch een zwangerschap op. Van de mannen die een sterilisatie ondergaan, krijgt ongeveer 2,5-5% hier spijt van. Bij spijt kan een hersteloperatie worden uitgevoerd. De kans op zwangerschap na een hersteloperatie was voorheen ongeveer 50%. Maar met microchirurgie is de slagingskans sterk verbeterd. Bij 94% van de mannen verschijnen weer zaadcellen in het sperma. Zie voor meer informatie allesoverurologie.nl.

Bij de vrouw waren voor sterilisatie voorheen twee benaderingen mogelijk: intra-uterien/hysteroscopisch of abdominaal/laparoscopisch. Bij beide opties werden de eileiders geblokkeerd. De hysteroscopische methoden worden tegenwoordig echter niet meer gebruikt in Nederland. De kans op zwangerschap na hysteroscopische sterilisatie was 0-4 per 1000 vrouwen. Abdominale/laparoscopische methoden, zoals de Filshie Clips, Fallope ring of verwijdering van de eileiders, worden wel uitgevoerd. Bij deze methoden wordt de blokkade extern toegepast op de eileiders. De betrouwbaarheid van deze methoden is circa 98%, 2-5 per 1000 vrouwen worden zwanger. (Een Mirena is betrouwbaarder dan sterilisatie.) Het percentage vrouwen dat spijt krijgt van hun sterilisatie is 6%. Een hysteroscopische sterilisatie is onomkeerbaar. Bij spijt na een abdominale/laparoscopische sterilisatie kan wel een hersteloperatie gedaan worden. Na een succesvolle hersteloperatie is er 40-85% kans op een zwangerschap. Wel heb je een iets hogere kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (2%). Kijk voor meer informatie op degynaecoloog.nl.

Zowel bij sterilisatie bij de vrouw als bij de man geldt: nog geen kinderen hebben als een jongere leeftijd hebben ten tijde van de sterilisatie hoe groter de kans dat de persoon later spijt krijgt. Zie zowel allesoverurologie.nl als degynaecoloog.nl.

10.9 Gebruik van de pil, vaginale ring of pleister

10.9.1 Vergeten van de pil, vaginale ring of pleister

Voor een effectieve ovulatieremming is het noodzakelijk 7 dagen aaneengesloten adequaat de pil te slikken. In de stopweek begint, door het wegvallen van de hormonen, een ovariële cyclus. Aan het eind van de stopweek kunnen er rijpende follikels zijn die weinig stimulatie nodig hebben om tot een ovulatie te komen. Daarom dient er heel secuur na 7 dagen gestart te worden met een nieuwe pilstrip. Als er niet op tijd wordt begonnen of wanneer er in die eerste week een pil vergeten wordt, kan alsnog een ovulatie optreden. In de tweede en derde week is een ovulatie minder waarschijnlijk, omdat er al minimaal 7 dagen pilgebruik aan vooraf is gegaan.

Tabel 10.5 Advies bij vergeten eenfasecombinatiepil met ethinylestradiol.

Week	Advies
Algemeen: bij vergeten van 1 pil tot 12 uur na oorspronkelijk innamemoment (anders dan de eerste pil aansluitend aan een stopweek), neem de pil alsnog zo snel mogelijk in, geen aanvullende adviezen	
Week 1 (dag 1): eerste pil 12-24 uur te laat starten direct aansluitend aan stopweek	de pil innemen en strip afmaken
	tegen zwangerschap beschermd
Week 1 (dag 1): eerste pil ≥24 uur te laat starten direct aansluitend aan stopweek	de pil innemen en strip afmaken
	7 dagen condoomgebruik of volledige onthouding totdat 7 dagen pil weer genomen is
	wel coïtus in afgelopen 5 dagen: adviseer aanvullende noodanticonceptie
Week 1 (dag 2-7): ≥2 vergeten pillen (≥60 uur na laatst ingenomen pil)	laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken
	7 dagen condoomgebruik of volledige onthouding totdat 7 dagen pil weer genomen is
	wel coïtus in afgelopen 5 dagen: adviseer aanvullende noodanticonceptie
Week 2 (dag 8-14): 2 vergeten pillen (<60 uur na laatst ingenomen pil)	laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken
	beschermd tegen zwangerschap
Week 2 (dag 8-14): ≥3 vergeten pillen (≥84 uur na laatst ingenomen pil)	laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken
	7 dagen condoomgebruik of volledige onthouding totdat 7 dagen pil weer genomen is
Week 3 en daarna bij continu gebruik (dag 15 en verder): ≥ 2 vergeten pillen (≥ 60 uur na laatst ingenomen pil)	optie 1: stopweek van maximaal 7 dagen te beginnen op de dag van de vergeten pil
	optie 2: laatst vergeten pil alsnog innemen en strip afmaken en zonder stopweek minstens 7 dagen doorgaan met de nieuwe strip (meest makkelijk en veilig)
	bij beide opties: beschermd tegen zwangerschap

Waar eerder de ‘regel van 7’ werd aangehouden, is per juli 2020 het vergetenpilbeleid in lijn getrokken met het advies dat zowel door de NHG als de NVOG wordt aanhouden. Dit zal ervoor zorgen dat de cliënt(e) die een pil vergeten is op verschillende plaatsen van zorg hetzelfde advies kan verwachten. Hiermee wordt de ‘regel van 7’ verlaten. Van belang blijft dat er nooit later gestart wordt met de pil dan na 7 dagen stoppen. Dit betekent dat ook wanneer er nog een onttrekkingsbloeding is er tóch gestart moet worden na 7 dagen (aanvulling: bij de Yaz na 4 dagen en Qlaira na 2 dagen).

Zie tabel 10.5 voor een schematisch overzicht wat te doen bij een vergeten combinatiepil. Deze adviezen zijn in lijn met de NHG-Standaard Anticonceptie (Barnhoorn 2020). Voor vrouwen zelf is de pagina van Thuisarts behulpzaam. Op de website van Sense is een hulpmodule beschikbaar. NB: de tabel is enkel toepasbaar op eenfasepreparaten.

Het voor het eerst starten van de combinatiepil kan op:

- de eerste dag van de menstruatie en is dan direct betrouwbaar;

- elke willekeurige dag in de cyclus, mits er niet eerder een kans op zwangerschap is gelopen, en met aanvullende maatregelen gedurende de eerste 7 dagen.

Er is weinig literatuur over de gevolgen van het vergeten van overige combinatiepreparaten, zoals de pil met estradiol en meerfasenpreparaten, maar ook de ring of pleister. De WHO past hetzelfde beleid van de orale combinatiepreparaten toe bij het vergeten ervan. De NHG Anticonceptie verwijst naar de bijsluiters van betreffende anticonceptie. Derhalve de volgende adviezen.

Bij vergeten van de progestageen-alleen pil (Desogestrel):

- Tot 12 uur te laat: neem laatst vergeten pil in, en neem volgende pil weer op gebruikelijke tijdstip in.
- Meer dan 12 uur te laat:
  - Week 1: onbetrouwbaar, dan 7 dagen eerst gebruiken met aanvullend anticonceptiemiddel.
  - Week 2 en verder: geen instructies (SmPC).

Let op: er zijn ook kortwerkende progestageen-alleen pillen, waarbij de 12 uur vervangen wordt door 3 uur. Controleer het type pil die gebruikt wordt.

Bij vergeten van de vaginale ring:

- Als de ring korter dan 3 uur uit de vagina is geweest, is de werking niet verminderd. Breng de ring zo snel mogelijk weer in.
- Als de ring langer dan 3 uur uit de vagina is geweest tijdens de eerste of tweede week van de ring-periode: breng de ring opnieuw in de vagina in en laat deze minstens 7 dagen aaneengesloten in. Gebruik gedurende deze 7 dagen extra voorbehoedsmiddelen zoals het mannencondoom.
- Als de ring langer dan 3 uur uit de vagina is geweest tijdens de derde week:
  - Breng meteen een nieuwe ring in. Met het inbrengen van de nieuwe ring start een nieuwe ring-periode van 3 weken.
  - Breng een nieuwe ring in binnen 7 dagen na het verwijderen of verliezen van de vorige ring. Dit kan alleen wanneer de ring tijdens de voorgaande 7 dagen onafgebroken gebruikt is (SmPC).

In de bijsluiter van de pleister staat:

- Week 1: als de eerste pleister te laat is opgeplakt, plak dan de pleister op en gebruik 7 dagen extra voorbehoedsmiddelen zoals het mannencondoom. Bij seks in de 5 dagen voorafgaand aan gebruik van de pleister, adviseer aanvullende noodanticonceptie.
- Week 2: Bij het te laat vervangen van de eerste pleister (<48 uur) plak dan een nieuwe pleister. Bij het te laat vervangen van de eerste pleister (>48 uur) plak dan een tweede pleister en beschouw deze als de eerste pleister. Gebruik 7 dagen extra voorbehoedsmiddelen. (Dit kan alleen wanneer de tweede pleister maximaal 7 dagen te laat geplakt is.)
- Week 3: Bij het te laat vervangen van de tweede pleister (<48 uur) plak dan een nieuwe pleister. Bij het te laat vervangen van de tweede pleister (>48 uur) plak dan een derde pleister en beschouw deze als de eerste pleister. Gebruik 7 dagen extra voorbehoedsmiddelen. (Dit kan alleen wanneer de derde pleister maximaal 7 dagen te geplakt is.)
- Week 4: Bij vergeten van verwijderen van de pleister, verwijder de pleister wanneer eraan gedacht wordt en begin met de eerste pleister van de nieuwe cyclus op de normale vervangdag. (SmPC)

Bij alle methoden waarbij is beschreven dat het moment van vergeten een significant verschil maakt voor de kans op zwangerschap, kan 2-3 weken na het onbeschermde seksuele contact betrouwbaar een zwangerschapstest gedaan worden.

10.9.2 Braken of diarree

Bij braken binnen 3-4 uur na inname van een pil, moet deze pil beschouwd worden als 'vergeten' pil. Indien er binnen 36 uur na de voorlaatst ingenomen pil een nieuwe pil ingenomen wordt, is er geen probleem. Wanneer dit niet gebeurt, dan geldt hier ook het bovenstaande beleid.

Een beetje diarree heeft normaal gesproken geen invloed op de betrouwbaarheid van de pil. Wanneer er echter sprake is van waterdunne ontlasting kan de opname van de pil verminderd zijn, waardoor deze pil als 'vergeten' pil beschouwd moet worden.

10.9.3 Interactie met medicatie

Antibiotica worden tegenwoordig nog steeds vaak genoemd als medicatie die de werking van anticonceptie zou verminderen. Er zijn echter bijna *geen* antibiotica die de werking van anticonceptie negatief beïnvloeden, behalve de twee hieronder genoemde.

De volgende medicatie kan verminderde betrouwbaarheid van anticonceptiemiddelen en noodanticonceptie veroorzaken:

- antibiotica: alléén rifampicine en rifabutine (tot 4 weken na einde van behandeling);
- middelen bij schimmel: griseofulvine;
- sommige anticonvulsiva (gebruikt bij de behandeling van epilepsie);
- sommige antiretrovirale middelen;
- middelen bij diarree: Norit, Agarol;
- middelen bij narcolepsie: Modafinil;
- middelen bij pulmonale hypertensie, systemische sclerose: Bosentan;
- sint-janskruid (gebruikt als zelfzorgmiddel, let op: goed uitvragen).

10.9.4 Stopweek overslaan

Een stopweek in een pilstrip is ingebouwd om een cyclus te laten lijken op een natuurlijke menstruatiecyclus, maar de stopweek is medisch gezien niet noodzakelijk en bovendien een bron van fouten in het gebruik. Vaak slikken pilgebruiksters de pil door. Wanneer er langer dan 3 maanden wordt doorgeslikt met de pil, is de kans groter dat er 'spotting' optreedt, oftewel onregelmatig bloedverlies op onverwachte momenten. Er kan dan voor gekozen worden een stopweek te starten van maximaal 7 dagen of om door te blijven slikken. Bij permanent doorslikken van een sub 50 pil treedt bij het merendeel van de vrouwen amenorroe op (na 1 jaar bij 55%).

Ook het inkorten van een stopweek tot een aantal dagen is mogelijk en doet niet af aan de betrouwbaarheid van een pil. Op www.sense.info is hier voor pilgebruik(st)ers meer informatie over te vinden.

Bij de pleister wordt doorplakken niet geadviseerd langer dan 6 weken (vanwege stapeling van oestrogeen en daarmee een hogere kans op bijwerkingen zoals doorbraakbloedingen en trombose), waarop een pleistervrije periode van 7 dagen moet zijn.

10.10 Medische overwegingen en bijwerkingen

10.10.1 Medische overwegingen bij het maken van een keuze

Wanneer een cliënt(e) een duidelijke keuze heeft kunnen maken, is het van belang te kijken of cliënt(e) gezond is en geen onderliggende aandoening heeft, waardoor een middel beter niet gekozen kan worden. Er zijn situaties, ziekten en aandoeningen waarbij het risico van het gebruik van het ene middel groter is dan wanneer er een ander middel wordt voorgeschreven.

In tabel 10.6 zijn de relatieve en de absolute contra-indicaties beschreven.

Tabel 10.6 Relatieve en absolute contra-indicaties bij anticonceptie. Bron: NHG-Standaard Anticonceptie (Barnhoorn 2023).

Aandoening/situatie	Absolute contra-indicatie	Relatieve contra-indicatie
Patiëntkenmerken voor het risico op veneuze trombo-embolieën (VTE)		
Diepe veneuze trombose/longembolie in het verleden, trombofilie (APC-resistentie door factor-V-Leiden-mutatie, proteïne-C-deficiëntie, proteïne-S-deficiëntie of antitrombine)	Combinatiepreparaten	Prikpil
Belaste eerstegraads familieanamnese door VTE, met of zonder aangetoonde trombofilie		Combinatiepreparaten, prikpil
Patiëntkenmerken voor het risico of ischemische hart- vaatziekten (HVZ)		
Ischemische HVZ (ischemisch CVA, myocardinfarct, perifeer arterieel vaatlijden) Verhoogd risico op ischemische HVZ, bijvoorbeeld bij: - roken + leeftijd >35 jaar (myocardinfarct: >15 sigaretten per dag RR 20,8; <15 sigaretten per dag RR 3,5 in vergelijking met niet-pilgebruiksters die niet roken) - diabetes mellitus >20 jaar bestaand, of met complicaties of slecht gereguleerd	Combinatiepreparaten	Prikpil
Om andere redenen hooggeschat risico op ischemische HVZ (bijvoorbeeld bij meerdere risicofactoren voor HVZ, zoals roken bij leeftijd >35 jaar, hypertensie, diabetes mellitus, belaste familieanamnese, hypercholesterolemie)		Combinatiepreparaten, prikpil
Migraine met aura	Bij roken: combinatiepreparaten	Bij niet-roken: combinatiepreparaten
Patiëntkenmerken voor risico op mammacarcinoom		
Mammacarcinoom (actueel of in het verleden)	Alle hormonale methoden	
Drager BRCA-genmutatie of belaste familieanamnese	Alle hormonale methoden (bij leeftijd >35 jaar)	Alle hormonale methoden (bij leeftijd 25-35 jaar)
Patiëntkenmerken voor een verminderde betrouwbaarheid anticonceptie		
Obesitas (BMI >30)		Anticonceptiepleister, sterilisatie vrouw
Bariatrische chirurgie gericht op bereiken verminderde absorptie van voedingsstoffen, zoals jejuno-ileale bypass (Roux ‘en Y’) of biliopancreatische omleiding	Orale hormonale anticonceptie	

Aandoening / situatie	Absolute contra-indicatie	Relatieve contra-indicatie
Overige patiëntkenmerken		
Ernstige leverfunctiestoornissen	Alle hormonale methoden	
Onverklaard vaginaal bloedverlies	Spiralen (continueren mag), methoden met alleen progestageen (continueren mag)	
Vormafwijkingen uterus of myomen die cavum uteri vervormen	Spiralen (voor bepaling mate van beperking: echo en/of advies van gynaecoloog)	
Onregelmatige menstruatiecyclus		Methoden die rekening houden met vruchtbare dagen
Abdominale chirurgie of peritonitis (vrouw) / chirurgie scrotum (man) in voorgeschiedenis		Sterilisatie vrouw c.q. man
Geneesmiddelengebruik (risico verminderde betrouwbaarheid anticonceptie of meer bijwerkingen van geneesmiddel)		
Anti-epileptica (bijvoorbeeld carbamazepine, fenobarbital, fenytoine, primidone, rufinamide, topiramaat)	Combinatiepreparaten, pil met alleen progestageen, implantatiestaafje	Prikpil
Overige leverenzyminducerende medicatie, zoals: - rifabutine, rifampicine - griseofulvine - sint-janskruid - antiretrovirale middelen (bijvoorbeeld ritonavir, efavirenz)	Alle hormonale methoden, m.u.v. de hormoonspiraal en prikpil	
Lamotrigine (anti-epilepticum)		Combinatiepreparaten (alleen gebruik zonder stopweek is mogelijk), pil met alleen progestageen
Gebruik teratogene medicatie, zoals isotretinoine of valproinezuur	Methoden die rekening houden met vruchtbare dagen	

In kaders 10.7 t/m 10.11 zijn aandoeningen of situaties weergegeven die gebaseerd zijn op zowel de geschiktheidscriteria van de WHO uit 2015 als de NHG-Standaard Anticonceptie met relatieve en absolute contra-indicaties (WHO 2015, Barnhoorn 2023). Tijdens een consult kan een checklist gebruikt worden om de medische voorgeschiedenis van een cliënte uit te vragen (zie bijlage ‘Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie’).

Kader 10.7: Contra-indicaties bij combinatiepreparaten (zoals pil, ring, pleister)

Absolute contra-indicatie

- Huidige en in de voorgeschiedenis ischemische hart-vaatziekten
- Leeftijd ≥ 35 jaar en roken
  - *Aanvulling: Risico op myocardinfarct bij >15 sigaretten per dag RR 20,8; <15 sigaretten per dag RR 3,5 in vergelijking met niet-pilgebruik(st)ers die niet roken, in NHG als absolute contra-indicatie afgegeven.*
- Trombofilie
- Diabetes mellitus slecht gereguleerd of met micro- of macrovasculaire complicaties, of die al >20 jaar bestaat
- Mammacarcinoom actueel of in de voorgeschiedenis
- Dragerschap BRCA-genmutatie /belaste familieanamnese voor mammacarcinoom >35 jaar
- Migraine met aura + roken
- Bariatrische chirurgie (NHG/CDC geen bewijs voor verminderde opname, maar wel goed mogelijk)
- Ernstige leverfunctiestoornissen
- Anti-epileptica (bijvoorbeeld carbamazepine, fenobarbital, fenytoine, primidone, rufinamide, topiramaat)
- Overige leverenzyminducerende medicatie, zoals: rifabutine, rifampicine, griseofulvine, sint-janskruid, antiretrovirale middelen)

Relatieve contra-indicatie

- Familieanamnese veneuze trombo-embolie (VTE), let op aantal aangedane familieleden, en risicofactoren als leeftijd, roken, overgewicht (voor risico toelichting tabel 2 NHG Anticonceptie)
- VTE in familieanamnese (zie tabel 2 NHG Anticonceptie)
- Bij meerdere risicofactoren voor ischemisch HVZ-risico inschatten op basis van volledige risicoprofiel en op basis daarvan te besluiten of gebruik van combinatiepreparaten verantwoord is
  - Denk aan tensieregulatie
- Dragerschap BRCA-genmutatie / belaste familieanamnese voor mammacarcinoom 25-35 jaar
- Migraine met aura zonder roken
- Obesitas: BMI>30 bij pleister, bij vaginale ring geen onderzoeken
- Lamotrigine

Kader 10.8: Contra-indicaties bij progestageen-alleen preparaten (bijvoorbeeld implantaat, prikpil, minipil, hormoonspiraal)

Absolute contra-indicatie (alle progesteron-only methoden)

- Actueel of in de voorgeschiedenis mammacarcinoom
- Dragerschap BRCA-genmutatie /belaste familieanamnese mammacarcinoom >35 jaar
- Bariatrische chirurgie met als doel malabsorptie (bij orale pil methode)
- Onverklaard vaginaal bloedverlies voor alle methoden met progestageen alleen wegens maskerend effect dat onregelmatig bloedverlies bij deze methoden vaker optreedt. Continueren van progestageen alleen methode mag wel. (WHO: hormoonspiraal absoluut contra-indicatie, voor prikpil en implantatiestaafje relatief)
- Ernstige leverfunctiestoornis
- Anti-epileptica (bijvoorbeeld carbamazepine, fenobarbital, fenytoine, primidone, rufinamide, topiramaat) (pil en implantaat)
- Overige leverenzyminducerende medicatie, zoals: rifabutine, rifampicine, griseofulvine, sint-janskruid, antiretrovirale middelen (uitzondering van hormoonspiraal en prikpil)

Relatieve contra-indicatie (alle progesteron-only methoden)

- Actieve veneuze trombo-embolische aandoening
- Dragerschap BRCA-genmutatie /belaste familieanamnese mammacarcinoom 25-35 jaar
- Obesitas (bij Implanon in SmPC advies gebruik 2 jaar, maar vanuit WHO/NHG geen bewijs voor terughoudend advies)
- Lamotrigine (bij pil)

Relatieve contra-indicatie (alleen prikpil)

- Actuele ischemie HVZ, of HVZ in de voorgeschiedenis
- VTE in de voorgeschiedenis, trombofilie, positieve familieanamnese voor VTE (bij WHO geen bezwaar, maar na rapport meer bewijslast)
- Verhoogd risico op ischemische HVZ of meerdere risicofactoren voor hart- en vaatziekten: roken bij leeftijd >35 jaar, hoge bloeddruk, verhoogd cholesterolgehalte, diabetes mellitus (slecht gereguleerd, met complicaties, of >20 jaar bestaand, belaste familieanamnese)
- Anti-epileptica (bijvoorbeeld carbamazepine, fenobarbital, fenytoine, primidone, rufinamide, topiramaat)

NB: adviseer geen Mirena IUD bij acné of paracyclische klachten.

Kader 10.9: Contra-indicaties bij IUD (bij koper of hormoonspiraal)

Absolute contra-indicatie

- Bestaande zwangerschap of een vermoeden daarop
- Blijvend hoge hCG-spiegels na extra-uteriene graviditeit (EUG;
- Actueel of in voorgeschiedenis mammacarcinoom (alleen bij hormoonbevattend IUD)
- BRCA-genmutatie of belaste familieanamnese bij leeftijd >35 jaar (alleen bij hormoonbevattend IUD
- Cervix- of endometriumcarcinoom
- Vaginale bloedingen met onbekende oorzaak (continueren mag wel)
- Bekende verklevingen of vervormingen van de uterus (bijvoorbeeld myoom), dan eventueel via huisarts advies van gynaecoloog inwinnen

Relatieve contra-indicatie

- BRCA-genmutatie of belaste familieanamnese bij leeftijd 25-35 jaar (alleen bij hormoonbevattend IUD)
- Voorgeschiedenis met EUG
- Klachten die kunnen wijzen op een aanwezige ontsteking van vagina, cervix, uterus of tubae
- Risico op soa (advies: eerst testen afnemen)

Kader 10.10: Contra-indicaties bij sterilisatie

Vraag naar:

- Huidige relatie en gezinssamenstelling en de mogelijkheid van onvoorziene wijzigingen in de toekomst
- Inzicht in het definitieve karakter van de ingreep; risico op spijt

Relatieve contra-indicatie:

- Obesitas: BMI>30
- Voorgeschiedenis: abdominale chirurgie, peritonitis (vrouw), chirurgie scrotum (man)

Kader 10.11: Contra-indicaties bij methoden die rekening houden met vruchtbare dagen

Absolute contra-indicatie

- Het gebruik van teratogene geneesmiddelen, zoals isotretinoine of valproinezuur; hierbij is een gezondheidsrisico van zwangerschap

Relatieve contra-indicatie

- Onregelmatige menstruatiecyclus

De meeste aandoeningen worden uitgevraagd om het risico op een eventueel trombo-embolisch proces in te schatten. Bedenk echter altijd dat het risico bij een gezonde vrouw om een trombose te ontwikkelen vrijwel nihil is. Hoewel het gebruik van de anticonceptiepil dit risico op trombose met 2 tot 3 keer verhoogt, blijft de kans op trombose door alleen de pil heel klein.

10.10.2 Bijwerkingen hormoonbevattende anticonceptiemiddelen

Wanneer er voor het eerst wordt begonnen met een anticonceptiemiddel, maar ook wanneer er wordt gewisseld van methode, kan het zijn dat er in de eerste maanden van het gebruik verschillende aanpassingsverschijnselen zijn.

Vrijwel alle vrouwen merken bij het gebruik van de pil lichamelijke veranderingen. Circa 8-10% van de vrouwen ervaart hinderlijke (maar onschuldige) bijwerkingen van de pil. De echt storende bijwerkingen verdwijnen meestal gedurende de eerste 3 maanden. Desondanks stopt jaarlijks 5-6% van de pilgebruik(st)ers met de pil wegens blijvend bestaande bijwerkingen. In het 'Seks onder je 25e'-onderzoek van Rutgers en Soa Aids Nederland wordt beschreven dat zelfs 28% van de vrouwen die ooit vaginale seks hadden met de pil is gestopt en geen anticonceptie meer gebruikt (De Graaf 2024).

Het is belangrijk om een cliënt(e) van tevoren te wijzen op de adaptatieperiode van enkele maanden. Indien de bijwerkingen te storend zijn of niet verdwijnen na enkele maanden, kan er gekozen worden voor een ander middel of andere methode. Na het stoppen van een anticonceptiemiddel kunnen na-effecten van een hormoonbevattend anticonceptiemiddel kortdurend blijven bestaan.

In de anamnese moet duidelijk gevraagd worden naar:

- begin van gebruik pil of ander anticonceptiemiddel;
- begin van de klachten;
- beloop van klachten, ernst en mate van hinder in dagelijks leven;
- wijze van inname van middel;
- medicatie gestart of gestopt.

Tabel 10.7 helpt bij het maken van een keuze aan de hand van de klachten. Het is goed om te bedenken dat de meeste van deze klachten vaker niet dan wel door de pil worden veroorzaakt. Een zorgvuldige anamnese is dus raadzaam. Het is verstandig altijd in overleg met een arts een overweging te maken. Zowel de zorgverlener als de cliënte moet beseffen dat het soms zoeken is naar een geschikt middel zonder al te veel bijwerkingen. Vaak is de oplossing voor een probleem dan ook niet direct gevonden. Over beleid bij bijwerkingen bij lokale of progestageen-alleen anticonceptie staat geschreven in tabel 10.8.

Tabel 10.7 Beleid te vormen bij bijwerkingen bij hormonale anticonceptiemiddelen.

Bijwerkingen pil	**Beleid**
Oestrogeenafhankelijke bijwerkingen	
Gewichtstoename	Oestrogeen lager doseren of naar 4e-generatiepil (drospirenon)
Hoofdpijn in de stopweek	Doorslikken in stopweek (3-6 strips of doorslikken tot het optreden van een doorbraakbloeding en dan een 'stopweek'), eventueel Yaz 24+4
Toename hoofdpijn tijdens pilstrip	Oestrogeen lager doseren
Melasma/pigmentatie (zwangerschapsmasker)	Stoppen pil, minder of geen oestrogeen
Prikkelbaarheid rond einde pilstrip	Doorslikken in stopweek, wisselen pil (1e-generatie-progestageen), eventueel Yaz 24+4
Misselijkheid	Tijdstip van inname veranderen, bij de maaltijd innemen. Blijvend na 3 maanden: oestrogeen lager doseren
Borsten pijnlijk of groter	Oestrogeen lager doseren
Dysmenorroe (pijnlijke menstruatie in stopweek)	Oestrogeen lager doseren, doorslikken in stopweek of pijnstilling tijdens de stopweek gebruiken
Bloedingen 2e cyclushelft*	Oestrogeen lager doseren, overstap naar ander progestageen (3e generatie)
Continue spotting (na langere duur)*	Geruststellen, tijdelijk stoppen met pil, oestrogeen (tijdelijk) hoger doseren (in combinatie met 1e- of 2e-generatie-progestageen) of meerfasenpil
Progestageenafhankelijke bijwerkingen	
Verminderde seksuele prikkelbaarheid	Overgaan op progestageen met androgene werking, lager oestrogeen doseren (Microgynon 20 bijvoorbeeld)
Amenorroe	Geruststellen, indien vervelend dan kortdurend oestrogenen bijgeven of overstappen op een pil met iets meer oestrogeen (≥30 EE)
Stemmingsproblemen	Anamnese afnemen, relatie met introductie middel uitzoeken. Doorslikken zonder stopweek, ander progestageen proberen (lynestrenol of norethisteron) met een meer oestrogeen overwicht
'Droge vagina'	Seksuele anamnese afnemen, progestageen lager of oestrogeen hoger doseren
Vochtretentie (langere duur)	4e-generatiepil proberen (drospirenon) en/of oestrogeen lager doseren
Bloedingen 1e cyclushelft	Overstap ander progestageen (1e of 2e generatie), oestrogeen hoger doseren of meerfasenpil
Androgene bijwerkingen	
Acné	Overgaan op 3e- of 4e-generatiepil met minimaal 30 µg EE (Marvelon, Yasmin, Femodeen)
Toename eetlust	Overgaan op 3e- of 4e-generatiepil
Spotting, amenorroe*	Driefasenpil. Bij amenorroe eventueel oestrogeen hoger doseren
Hirsutisme (overbeharing)	Overgaan op 3e- of 4e-generatiepil

* Bij na 3 maanden persisterende doorbraakbloedingen of spotting is het altijd van belang een aantal vragen te stellen over factoren die deze bloedingen kunnen veroorzaken. Vraag altijd naar: pilinname (hoe wordt de pil ingenomen, wanneer wordt de pil ingenomen, vergeten pil), rookgedrag, medicatiegebruik, is er sprake van diarree of braken, kans op soa, zijn er contactbloedingen. Sluit altijd gynaecologische oorzaken uit van onregelmatig bloedverlies (eventueel via huisarts/gynaecoloog). Indien uitgesloten, dan kan volgens bovenstaande tabel beleid gevormd worden.

Tabel 10.8 Beleid te vormen bij bijwerkingen bij lokale en (progestageen alleen) anticonceptiemiddelen.

Bijwerkingen	**Beleid**
Progestageen afhankelijke bijwerkingen bij lokale & progestageen alleen anticonceptie (minipil, Implanon, hormoonhoudend spiraal, prikpil)	
Hoofdpijn	Eerste 3 maanden afwachten, als onhoudbaar dan overgaan op ander anticonceptivum
Stemmingswisselingen	Eerste 3 maanden afwachten, als onhoudbaar dan overgaan op ander anticonceptivum
Haaruitval	Verwijderen van hormoonspiraal, overgaan op ander anticonceptivum
Vochtretentie	Eerste 3 maanden afwachten, als onhoudbaar dan overgaan op ander anticonceptivum
'Droge vagina' / dyspareunie	Seksuele anamnese afnemen, (progestageen concentratie wordt automatisch lager,) oestrogeen tijdelijk toevoegen
Spotting (dagelijks bloedverlies) - koperspiraal - hormoonspiraal - implantaat	Koperspiraal: acceptatie of verwijderen van spiraal en ander anticonceptivum Hormoonspiraal: acceptatie of verwijderen van spiraal en ander anticonceptivum, eventueel NSAIDs (Naproxen) Implantaat: toevoeging oestrogeen
Bloedingen - hormoonspiraal - implantaat - prikpil - progestageen-alleen-pil	Hormoonspiraal: toevoeging van oraal oestrogeen/ gecombineerde orale anticonceptie (niet significant bewezen), eventueel NSAID (Naproxen) Bij implantaat/prikpil: overstap naar ander progestageen, of oestrogeen toevoegen: - Oraal estradiol 1-2 mg/dag voor 7 dagen, een week per maand, 1-3 cyclussen herhalen (contra-indicatie bij migraine met aura, trombo-embolie, roken >35 jaar) - Gecombineerde orale anticonceptie met ander progestin (niet met desogestrel/etonogestrel) voor 3 cyclussen (bijvoorbeeld EE/dienogest, E2/nomegestrol acetate) - Tranexaminezuur bij prikpil en acuut bij implantaat bruikbaar 1-1,5 gr 3 dd 5 dagen, niet bruikbaar bij hormoonspiraal - Bij implantaat: Tamoxifen 10 mg + 10 mg per dag voor 7 dagen, een week per maand, 3 cyclussen herhalen Progestageen-alleen-pil: schakel over naar combinatiepil, of andere progestageen alleen pil (drospirenon) of implantaat/ hormoonhoudend spiraal
Gewichtstoename	Bij prikpil enkele kilo's toename aangetoond

10.11 Wanneer anticonceptie faalt

Noodanticonceptie kan nodig zijn in de volgende situaties:

- onbeschermde coïtus;
- onbeschermd seksueel contact in de vruchtbare periode bij gebruik van natuurlijke methoden;
- vergeten van de pil of te laat starten van de pil;
- scheuren of afglijden van het condoom;
- te laat plaatsen van een nieuwe vaginale ring, pleister of prikpil.

Kader 10.12: Vragen bij consult rondom noodanticonceptie

- Wat ging er mis?
- Wanneer was het onbeschermde contact?
- Wanneer was de eerste dag van de laatste menstruatie? Hoe ziet je cyclus er normaal gesproken uit? (Hoeveel dagen duurt je cyclus?)
- Was het seksuele contact gewenst of ongewenst?
- Bij de pil: hoeveel pillen ben je vergeten? Welke pil ben je precies vergeten? In welke week ben je de pil vergeten?
- Heb je vaker noodanticonceptie gebruikt?
- Gebruik je medicijnen, ben je bekend met (ernstig) astma of leverfunctiestoornissen?

Als noodpillen bestaan Levonorgestrel 1,5 mg (Norlevo en anderen) en Ulipristal 30 mg (EllaOne). De werking van beide stoffen is gebaseerd op uitstel van de te verwachten ovulatie. Levonorgestrel (progestageen) stelt de ovulatie uit, mits ingenomen voor de LH-piek plaatsvindt (ongeveer 2 dagen voor de ovulatie). Ulipristal is een progestageenreceptormodulator en voorkomt ovulatie of stelt de ovulatie uit, zelfs als ingenomen tot voor kort voor de LH-piek (12 uur voor de ovulatie). De effectiviteit van de Norlevo en de EllaOne neemt dus af naarmate er meer tijd verstrijkt tussen het onbeschermde contact en inname, afhankelijk van het moment van vaginaal contact en of ovulatie al heeft plaatsgevonden.

De effectiviteit van Norlevo is enkel getest wanneer deze binnen 72 uur na gemeenschap werd ingenomen. Hoe eerder het middel is genomen na het onbeschermde contact, liefst <24 uur, des te effectiever is het middel (WHO 2021). Voor EllaOne geeft onderzoek aan dat zowel inname vóór als ná 72 uur (maar binnen 120 uur) effectief is. Ook bij inname tussen 72 en 120 uur is de kans op zwangerschap daarom klein (Glasier 2010, Beerthuizen 2019).

Bijwerkingen van Norlevo en EllaOne zijn o.a. hoofdpijn en gastro-intestinale bijwerkingen zoals misselijkheid. Het eerstvolgende menstruatietijdstip kan enkele dagen later zijn. Contra-indicatie voor de EllaOne is ernstige astma. Beide medicaties worden afgeraden bij gelijktijdig gebruik van geneesmiddelen tegen epilepsie, tuberculose, hiv of het gebruik van sint-janskruid.

Er zijn aanwijzingen dat Norlevo en EllaOne minder werkzaam zouden zijn bij een hoger gewicht (>70 en >85 kilo) en BMI (>26 en >30), maar de gegevens uit deze onderzoeken waren beperkt en niet overtuigend. Daarom worden Norlevo en EllaOne voor alle vrouwen aanbevolen, ongeacht hun gewicht of BMI (Fok 2016).

Na inname van de Ulipristal is hormonale anticonceptie onbetrouwbaar. Daarom worden condooms als extra maatregel geadviseerd tot de volgende menstruatie.

Tabel 10.9 Opties noodanticonceptie.

	Maximum aantal uur te gebruiken na onbeschermd seksueel contact	Hoe te verkrijgen?	Hoe te gebruiken?	Overweeg ander middel bij…	Kosten
Levonorgestrel 1,5 mg (Norlevo, Isteranda, Postinor, levonorgestrel noodpil)	tot 72 uur (hoe eerder, hoe effectiever!)	over de counter via apotheek of drogist	eenmalig 1,5 mg levonorgestrel	gebruik van geneesmiddelen tegen epilepsie, tuberculose of hiv, of het gebruik van sint-janskruid*	circa €17 (op recept voor jongeren <21 jaar vergoed, recept via anticonceptie-online)
Ulipristal 30 mg (EllaOne, noodpil)	tot 120 uur (hoe eerder, hoe effectiever!)	over de counter via apotheek of drogist	eenmalig 30 mg ulipristal, hierna tot begin menstruatie aanvullend condooms	ernstige astma, ernstige leverfunctie-stoornissen, vermoeden op bestaande zwangerschap, gebruik van geneesmiddelen tegen epilepsie, tuberculose of hiv, of het gebruik van sint-janskruid*	circa €21,50
Koper IUD	tot 120 uur	op recept	door arts (huisarts, SENSE-arts, gynaecoloog) of verloskundige te plaatsen+ antibiotica profylaxe	zie kader 10.8	Vanaf €60 – 100
Hormoon IUD	tot 120 uur	op recept (off-label gebruik)	door arts (huisarts, SENSE-arts, gynaecoloog) of verloskundige te plaatsen+ antibiotica profylaxe	Zie kader 10.8	Vanaf €130

* Het gelijktijdig gebruik of gebruik in de afgelopen 4 weken van geneesmiddelen met CYP3A4-inductoren (tegen epilepsie, tuberculose of hiv) of het gebruik van sint-janskruid kan de werkzaamheid van beiden soorten noodpillen verminderen. Bij levonorgestrel noodpillen is het mogelijk in dat geval een dubbele dosering in te nemen. Gebruik van ulipristal wordt in deze situatie ontraden. Een koperspiraal biedt echter meer zekerheid in dat geval (Farmacotherapeutisch Kompas). Na een maagverkleining worden bij Norlevo lagere spiegels gemeten. Voor EllaOne is dit niet bekend. Daarom is het advies in dit geval een koperspiraal. Het gelijktijdig gebruik van maagzuur-remmers kan de biologische beschikbaarheid van EllaOne verminderen. Voor advies bij gelijktijdig gebruik: zie bijsluiter van EllaOne. Na gebruik van EllaOne moet 5 dagen gewacht worden met hormonale anticonceptie. Omdat de werking van de hormonale anticonceptie gedempt/geblokkeerd kan worden. In de tussentijd is het advies condooms te gebruiken als aanvullende anticonceptie, tot de hormonale anticonceptie 14 achtereenvolgende dagen gebruikt is of tot de menstruatie. Na Norlevo hoeft niet gewacht te worden met hormonale anticonceptie. De combinatie levonorgestrel met EllaOne wordt ontraden (NHG-Standaard Anticonceptie, details noodanticonceptie en WHO 2021).

Een plaatsing van een koperspiraal is echter de meest betrouwbare methode. Daarmee worden fertilisatie en innesteling van het bevruchte ei voorkomen. De hormoonspiraal lijkt als noodanticonceptie gelijkwaardig aan de koperspiraal (Turok 2021). Deze toepassing staat alleen nog niet in de SmPC, dus gebruik wordt dan off-label. Expert-opinion wisselt over gebruik van hormoonspiraal als noodanticonceptie. Bij welk spiraal ook, controleer wel of cliënte >5 dagen voor plaatsing ook al onbeschermde coitus heeft gehad, zodat er niet een spiraal bij een al zwangere uterus ingebracht wordt.

Bespreek tijdens het consult over noodanticonceptie het volgende:

- Heeft iemand eerder noodanticonceptie gebruikt en had die persoon toen last van eventuele bijwerkingen?
- Na gebruik van noodanticonceptie kan de menstruatie soms enkele dagen eerder of later komen dan verwacht.
- Noodanticonceptie met ulipristal kan de werking van progestageen-houdende anticonceptiemiddelen verstoren. Daarom wordt geadviseerd na de ulipristal aanvullend condooms te gebruiken tot 14 dagen de hormoonhoudende anticonceptie is gebruikt of tot aan de menstruatie. (Dag 1 t/m 5 van ulipristal werkt hormonale anticonceptie niet. Dag 6 t/m 14 komt hormonale anticonceptie wel op receptoren aan. Na 7 dagen onafgebroken gebruik is cliënt(e) weer beschermd. Daarom aanvullende anticonceptie nodig.) Na gebruik van de MAP met levonorgestrel volstaat gebruik van een condoom tot de pil gedurende 7 opeenvolgende dagen is ingenomen (Barnhoorn 2023; WHO 2021).
- Het wordt niet aangeraden om de noodanticonceptie meer dan 1 keer per cyclus in te nemen. Dit omdat het de cyclus (ovulatie- en menstruatiemoment) verstoort en omdat de tabletten niet net zo goed werken als gewone anticonceptiemethodes. Eventuele schade voor het lichaam is niet aangetoond (SmPc levonorgestrel, SmPc ulipristal).
- Het is altijd van belang de cliënt(e) te adviseren een zwangerschaps-test te doen, minimaal 2 weken na het onbeschermde contact of als menstruatie langer dan 5 dagen uitblijft, om zeker te kunnen zijn dat er geen zwangerschap is ontstaan. Bedenk dat door de morning-afterpil een uitstel van ovulatie mogelijk is, dat zaadcellen 5 dagen intact kunnen blijven, en dat innesteling van een bevrucht eitje gemiddeld 6-8 dagen duurt alvorens na innesteling in de baarmoeder zwangerschapshormoon te produceren. Vandaar dat 2-3 weken na het onbeschermde seksuele contact in acht genomen moeten worden alvorens een zwangerschapstest betrouwbaar kan worden ingezet.
- Bespreek het soa-risico.
- Adviseer noodanticonceptie in huis te hebben voor een eventueel volgende noodsituatie.
- Bijwerkingen die kunnen optreden bij de noodpillen zijn: misselijkheid, braken (denk aan inname nieuwe pil), duizeligheid, hoofdpijn, buikpijn, gevoelige borsten, rugpijn, pijnlijke menstruatie.

Na keuze voor het plaatsen van een koper- of hormoonspiraal kunnen cliënten terecht bij hun eigen huisarts en anders bij abortusklinieken, gynaecologen of bij enkele GGD'en of verloskundigen.

10.12 Medicatie op recept

Zoals eerder gerefereerd zijn er situaties waarbij de arts medicatie op recept uitschrijft. Dit gebeurt als de medicatie niet binnen de regeling aanvullende seksuele gezondheid (ASG) valt en waarvoor het klantvriendelijk is om een behandeling direct voor te schrijven. Zo ook bij de (nood)anticonceptie. Voor

de eigen regio kunnen afspraken gemaakt worden tussen apotheker en GGD-arts en (zo mogelijk) het Nu Niet Zwanger-team. Controleer welke apotheker in jouw regio geselecteerd is door de zorgverzekeraar om voor ongedocumenteerden medicatie tegen reductie of zelfs gratis aan de cliënten aan te bieden. Bij samenwerking tussen Nu Niet Zwanger en de apotheker kan bij de betreffende apotheker soms (nood)anticonceptie op budget van het Nu Niet Zwanger-project aan de cliënt(e) aangeboden worden. (Denk bijvoorbeeld aan minderjarigen die niet willen dat hun ouders weten van het anticonceptiegebruik. Geboortedatum en naam zijn dan bij apotheker, en het Nu Niet Zwanger-team, bekend, maar voor de zorgverzekeraar is dit anoniem.) Cliënten kunnen zo mogelijk ook door het Nu Niet Zwanger-team bij verstrijken van de (nood)anticonceptie opnieuw benaderd worden om de (nood)anticonceptie te hernieuwen. Kijk hiervoor wat er beschikbaar is in samenwerking met het Nu Niet Zwanger-team en de apotheker in je eigen regio. Voor sommige GGD'en is het ook mogelijk in overeenstemming met de apotheker in de regio (terhandstelling) om (nood)anticonceptie bij de GGD op voorraad beschikbaar te hebben. Hiervoor kunnen mogelijk lokale financiële middelen (gemeente) of het Nu Niet Zwanger-budget aangesproken worden.

10.13 Anticonceptie voorschrijven aan minderjarige cliënten (juridische aspecten)

Bij de huisartsen, Centra Seksuele Gezondheid en abortusklinieken komen jaarlijks geregeld minderjarige cliënten. Deze cliënten kan ook anticonceptie voorgeschreven worden, mits aan een aantal regels voldaan wordt (Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming 2020, KNMG 2020). Hier volgt een aantal handreikingen.

Minderjarigen tot 12 jaar of wilsonbekwaam: De ouder(s) of voogd hebben recht op informatie en beslissen in deze situatie of de cliënt(e) anticonceptie mag gebruiken. Het kind heeft wel recht op informatie en de hulpverlener moet de voorlichting afstemmen op het bevattingsvermogen van het kind. Weigeren ouders toestemming te geven voor een dringend noodzakelijke ingreep of behandeling (zoals anticonceptie), dan kan via de Raad voor de Kinderbescherming bewerkstelligd worden dat de beslisbevoegdheid van de ouder(s) of voogd tijdelijk overruled wordt door een kinderbeschermings-maatregel. Afwegingen en gevolgde stappen moeten genoteerd worden in het dossier. Een arts zal altijd in dit consult betrokken moeten worden.

Leeftijd 12 t/m 15 jaar en wilsbekwaam: In principe is dubbele toestemming vereist, zowel van de ouder(s) of voogd als van de cliënt(e) zelf. Uitgangs-situatie moet zijn: ouder(s)/voogd op de hoogte brengen van eventuele start anticonceptie en toestemming verkrijgen. Een uitzonderingssituatie (ouders niet op de hoogte brengen) is als de cliënt(e) mogelijk nadeel ondervindt voor haar verdere ontwikkeling of veiligheid of bij eerwraak. Uitzonderingssituatie om anticonceptie voor te schrijven zonder toestemming van ouders is als er ernstig nadeel voor de patiënt voorkomen kan worden (i.e. zwangerschap) en indien de minderjarige de anticonceptie weloverwogen blijft wensen. In het dossier moeten de overwegingen goed genoteerd worden. Schriftelijke verklaring van cliënt(e) is niet nodig. Mondelinge verklaring is genoeg.

Leeftijd 16 t/m 18 jaar en wilsbekwaam: Cliënten vanaf 16 jaar zijn juridisch zelfstandig en mogen, na adequaat informeren, zelf bepalen welke anticonceptie zij willen krijgen of niet. Noteer in het dossier opnieuw en duidelijk de mondelinge toestemming.

10.14 Anticonceptie voor non-binaire of transgender personen

Ook bij non-binaire of transgender personen is noodzaak om het gesprek over fertiliteit en eventuele kinderwens tijdens een consult seksuele gezondheid te kunnen voeren. Zowel gebruik van cross-seksehormonen als gebruik van puberteitsremmende hormonen heeft invloed op de fertiliteit. Maar ook bij (nog) geen gebruik van deze hormonen kunnen vragen over uitingen van het geboortegeslacht op consult naar voren komen. Zo kan een trans man bijvoorbeeld discomfort ervaren bij menstruaties en vragen om anticonceptie om deze te stoppen. Maar ook bijvoorbeeld om niet zwanger te worden kan anticonceptie gevraagd worden. Verdergaande vragen als een gonadectomie of hysterectomie kunnen ook gesteld worden.

De lichamelijke veranderingen bij gebruik van cross-seksehormonen (bij testosteron) beperken zich niet alleen tot toename van lichaamsbeharing, clitorale groei, verandering van lubricatie en het stoppen van de maandelijkse cyclus. Juist ook op seksueel gebied kan er veel veranderen. Zie hiervoor deeldraaiboek Seksuele oriëntatie en genderindenteit.

Ten aanzien van fertiliteit is de bevinding in het algemeen dat testosterongebruik bij een trans man niet tot volledige infertiliteit leidt, maar gebruik van oestrogeen bij een trans vrouw wel (al zijn er wel uitzonderingen bij gebruik van oestrogeen op het aanmaken van zaadcellen beschreven.) Wanneer de maandelijkse cyclus is gestopt gaan sommige trans mannen ervan uit dat zij zich geen zorgen hoeven te maken over zwangerschap. Toch is deze mogelijkheid er wel. Van de trans mannen die testosteron gebruiken (en niet meer menstrueren), heeft 80% na 1 jaar geen ovulatie meer. Bij 20% is de ovulatie nog niet gestopt en is er dus nog wel een zwangerschapsmogelijkheid. Het advies is om goed uit te vragen of de trans man receptieve penis-in-vagina-seks heeft. Vraag naar handelingen en rollen en doe geen aannames wat er op basis van anatomie vanuit een heteronormatief perspectief verwacht wordt. Is er sprake van receptieve penis-in-vagina-seks, dan zal de kans op zwangerschap en mogelijke anticonceptie besproken moeten worden.

Bij de keus voor anticonceptie kunnen dezelfde middelen geadviseerd worden als bij cisvrouwen. Weet dat bij een spiraal de plaatsing, eventueel bloedverlies en krampen voor genderdysfore gevoelens kunnen zorgen. Zo ook irregulair vaginaal bloedverlies bij het gebruik van implantaat, prikpil of hormoonspiraal. Gebruik van orale anticonceptiecombinatiepil, pleister of vaginale ring kan mogelijk (her)groei van borstweefsel veroorzaken. Gebruik van vaginale ring kan tevens een toename van vaginale afscheiding, maar ook afname van vaginale droogheid, veroorzaken. Zie ook de informatiefolder Anticonceptie bij trans mannen of non-binaire personen.

Gebruik van noodanticonceptie wordt geadviseerd wanneer een anticonceptiemethode vergeten wordt, of als er iets misgegaan is tijdens het gebruik ervan. Ook dit advies is gelijk aan het advies bij cisvrouwen.

Mocht een non-binair persoon of trans man toch zwanger zijn, dan kunnen er specifieke vragen naar voren komen. Zie op fiom.nl voor meer informatie Ongewenste zwangerschap bij trans-masculiene personen.

Referenties

- Barnhoorn PC, Bruinsma ACA, Bouma M et al. 2023. NHG-Standaard Anticonceptie [Versie 2.4, april 2023]. Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Beerthuizen RJCM 2019. Anticonceptie op maat: van pubertijd tot overgang. 5e druk. Houten: Springer Heathcare benelux.
- Bull JR, Rowland SP, Scherwitzl EB et al. 2019. Real-world menstrual cycle characteristics of more than 600,000 menstrual cycles. Npj Digit Med 2:83.
- CBS 2022. Leefstijl; persoonskenmerken. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd juli 2023.
- van Ditzhuijzen J, Olofsen S, Knibbeler R et al. 2021. Het eerste anticonceptieconsult bij de huisarts: tevredenheid, verwachtingen, en ervaringen van jonge vrouwen. Utrecht: Rutgers.
- Fok WK, Blumenthal PD 2016. Update on emergency contraception. Curr Opin Obstet Gynecol 28(6):522-529.
- García-Sáenz M, Ibarra-Salce R, Pozos-Varela FJ et al. 2023. Understanding progestins: from basics to clinical applicability. J Clin Med 12(10):3388.
- Glasier AF, Cameron ST, Fine PM et al. 2010. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis. Lancet 375(9714):555-562.
- de Graaf H, Oldenhof A, Kraan Y et al. 2024. Seks onder je 25e: seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2023. Rutgers/Soa Aids Nederland.
- KNMG 2020. Mag een meisje van 14 jaar abortus laten uitvoeren zonder medeweten van haar ouders? Praktijkdillema 2 december 2020.
- van Lunsen HW, Roumen FJ 2012. Het anticonceptieconsult. In: Heineman MJ, Evers JLH, Massuger LFAG et al. Obstetrie en gynaecologie: de voortplanting van de mens. 7e druk. Amsterdam: Reed Business.
- NVOG 2002. Richtlijn Anticonceptie: lactatie-amenorroemethode. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn No. 45, januari 2002.
- Page ST, Blithe D, Wang C 2002. Hormonal male contraception: getting to the market. Front Endocrinol (Lausanne) 2002:13: 891589.
- Picavet C, van der Leest L, Wijsen C 2011. Contraceptive decision making: backgrounds and outcomes of contraceptive methods. Utrecht: Rutgers.
- Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming 2020. Toestemming voor behandeling. In: Seksuele ontwikkeling, 5: Wettelijke kaders. Geraadpleegd juli 2024.
- Roordink EM, Brouwer-Prusak AJ, Snijders BEP et al. 2024. Monitor Onbedoelde Zwangerschappen: Cijferoverzicht 2023. RIVM rapportnummer 2024-0040. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Rutgers 2020. Anticonceptie voor jou: voorlichting over anticonceptie. Utrecht: Rutgers.
- Rutgers 2024. Informatie over natuurlijke methoden. Utrecht: Rutgers.
- SAN 2020. Methoden van anticonceptie en hun betrouwbaarheid. Via: website Stichting Anticonceptie Nederland (geraadpleegd juli 2023, pagina laatst bijgewerkt: 24 februari 2020).
- SFK 2023. Weer minder gebruiksters hormonale anticonceptie. Pharmaceutisch Weekblad 158(45).
- Soumillion A, van der Wouden H 2015. Lidocainegel als pijnstilling bij inbrengen IUD. Huisarts en wetenschap 58(11):618.

- Turok D, Gero A, Simmons R 2021. Levonorgestrel vs. Copper Intrauterine Devices for Emergency Contraception. N Engl J Med 384(4):335-344.
- Vilk Ayalon N, Segev L, Samson AO et al. 2022. Norethisterone reduces vaginal bleeding caused by progesterone-only birth control pills. J Clin Med 11(12):3389.
- WHO 2015. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th Edition. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2021. Emergency contraception. Factsheet. World Health Organization.
- van der Wijden C, Manion, Lactational amenorrhoea method for family planning. Cochrane Database Syst Rev 2015(10):CD001329.
- Zigler RE, McNicholas C 2017. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. Am J Obstet Gynecol 216(5):443-450.

Bijlage
Formulier inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie

Inventarisatie risicofactoren bij voorschrijven van hormonale anticonceptie

GEGEVENS CLIËNT(E)

Naam cliënt(e)		
Pinnummer		
Leeftijd/geboortedatum	/	
Tel.nr		
Naam huisarts		
Huisarts informeren?	Ja, d.d.	Nee (cliënte weigert)

AANDOENINGEN

Heeft cliënt(e) te maken (gehad) met één van de onderstaande aandoeningen?

	JA	**NEE**
hartaanval		
herseninfarct/-bloeding		
trombose of longembolie		
eerstegraads familielid met trombose of longembolie		
ernstige leverfunctiestoornis		
operaties aan de maag		
net bevallen of borstvoeding gevend		
borstkanker of BRCA-dragerschap of belaste familie		
endometriumcarcinoom		
migraine met aura		
diabetes		
stollingsstoornis		

Bij 1 of meer JA:

- overleg met arts
- andere anticonceptie bespreken
- zo nodig verwijzen naar huisarts voor eventueel onderzoek naar stollingsproblemen

Zijn alle antwoorden met NEE beantwoord?
Ga door met de volgende schema's

RISICOFACTOREN

Is er sprake van bekende risicofactoren voor hart- en vaatziekten (geweest)?

	JA	NEE
roken		
leeftijd ≥35 jaar		
hypertensie (>140/90 mmHg)		
verhoogd cholesterolgehalte		
diabetes mellitus		
BMI>30		

Advies: **bij 2 of meer JA → bespreek met arts**
Adviseer verder:

- Stop met roken
- Stopt cliënt(e) niet met roken: raad combinatiemethode af
- Bespreek andere anticonceptie

GENEESMIDDELENGEBRUIK

	JA	NEE
Gebruik je geneesmiddelen?		

Zo ja: welke? .....

De combinatiepil is verminderd betrouwbaar bij gebruik van middelen tegen epilepsie, tuberculose (rifampicine of rifabutine), schimmel (griseofulvine), narcolepsie (modafinil), pulmonale hypertensie/systemische sclerose (bosentan) en sint janskruid en retrovirale middelen (ritonavir, efavirenz).
Bij twijfel over interacties: overleg met arts.

GYNAECOLOGISCHE KLACHTEN

	JA	NEE
contactbloedingen		
baarmoederhalskanker		
verklevingen van de baarmoeder		
vormafwijkingen van de baarmoeder of myomen (vleesbomen)		

Als **JA**: sluit bij contactbloedingen soa uit en overleg voor een passend anticonceptieadvies met de behandelend arts bij gynaecologische afwijkingen.

Zijn er contra-indicaties voor hormonaal anticonceptiegebruik?

JA:

- Geef geen recept mee, overleg met de arts en verwijs zo nodig

NEE:

- Ga door naar instructies voor gebruik hormonale anticonceptie (zie draaiboek Consult seksuele gezondheid, deeldraaiboek 10, paragraaf 10.4-10.5).
- Vraag cliënt(e) toestemming om de huisarts te informeren over start hormonale anticonceptie. Als cliënt(e) dat niet wil geven, dan doe je dat niet. Teken in je registratieformulier aan dat je het informeren van de huisarts hebt besproken en dat cliënt(e) daarvoor géén toestemming geeft.

Hormonale anticonceptie voorgeschreven

☐ **NEE**

☐ **JA**

Naam middel: ……

Plaats: …… **Datum: ……**

Naam en handtekening arts

Naam en handtekening verpleegkundige

…… **……**

11. Hulp bij onbedoelde zwangerschap

Vastgesteld LOI-SG: 3 december 2024

Inhoud deeldraaiboek 11

11.1 Inleiding 173
11.2 Cliënte blijkt niet zwanger 175
11.3 Cliënte is zwanger 175
11.3.1 Twijfel 176
11.3.2 Cliënte wil zwangerschap uitdragen 177
11.3.3 Cliënte wil zwangerschap afbreken 178
11.4 Zwangerschapsafbreking bij minderjarigen (12 t/m 15 jaar) 182
11.5 Angst voor zwangerschap 183
Referenties 183

11.1 Inleiding

Ieder jaar zijn er in Nederland tussen de 50.000 en 100.000 onbedoelde zwangerschappen. Ongeveer de helft van deze onbedoelde zwangerschappen is ongewenst.

In 2022 werd 10/1000 vrouwen 18-49 jaar onbedoeld zwanger, waarvan 4/1000 zwangerschappen ongewenst waren. Onder jongeren 25-29 jaar komen de meeste ongewenste zwangerschappen voor, namelijk 10,9 per 1000 zwangerschappen (Roordink 2024). Onder jongeren 17-25 jaar werden 35/1000 meisjes zwanger. Voor 10/1000 meisjes was deze zwangerschap ongewenst. Kortom, hoe jonger, hoe groter de kans dat de zwangerschap ongewenst is (Van der Vlugt 2024).

In 2022 was er een toename van risico op onbedoelde zwangerschap: 8,4% voor vrouwen van 16-49 jaar die geen anticonceptie gebruiken, terwijl ze wel seksueel actief zijn, maar geen zwangerschapswens hebben (*unmet need for contraception*). Dit was met name bij vrouwen >35 jaar (Roordink 2024).

Bij 58% van de onbedoelde zwangerschappen werd geen anticonceptie gebruikt, 13% gebruikte anticonceptie niet altijd, bij 19% ging er iets mis, bij 8% was er wel altijd anticonceptiegebruik (De Graaf 2017). In het rapport *Seks onder je 25e* bij 16-24-jarigen was dat respectievelijk 39%, 6%, 37% en 17% (n=65) (De Graaf 2024b) en in het rapport *Monitor seksuele gezondheid 2023* was dat voor 18-49-jarigen respectievelijk 48%, 20%, 14%, 14% (n=77) (De Graaf 2024a). Jongeren met een praktische opleiding en gelovig gebruiken minder vaak anticonceptie (De Graaf 2024b).

Het aantal abortussen in Nederland is sinds 1987 flink gedaald en is stabiel tussen de 30.000 en 35.000 per jaar, de laatste vijf jaar rond de 31.000. In 2022 was er een plotse stijging naar 35.606 abortussen, in 2023 naar 39.332 (IGJ z.j.). De meeste zwangerschapsafbrekingen (87%) vinden in het eerste trimester plaats, waarvan merendeel in de eerste 8 weken. De meeste zwangerschapsafbrekingen werden verricht bij vrouwen van 25 tot 35 jaar (46,5%). In 2023 waren er 106 zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen

<15 jaar (0,27%) en 2.784 zwangerschapsafbrekingen bij vrouwen 15-19 jaar (7,08%). Voor de leeftijd van de vrouw zijn de aantallen door de jaren heen stabiel. Voor buitenlandse vrouwen (vrouwen zonder Nederlandse verzekering) is het aandeel in zwangerschapsafbrekingen van 1985 tot 2002 drastisch gedaald; dit aandeel is tussen 2002 tot 2023 nog steeds, zij het langzaam, dalende (8,3% in 2023). De percentages van hoeveel zwangerschapsafbrekingen per vrouw in reeks bleef de afgelopen vijf jaar gelijk: 69% heeft nooit eerder een abortus gehad, 21% heeft één keer eerder een abortus gehad, 6% had twee keer eerder een abortus, 2% had drie keer eerder een abortus en 2% had meer dan drie keer eerder een abortus. Van alle zwangerschapsafbrekingen vond >90% in een abortuskliniek plaats en <10% in het ziekenhuis, waarvan 47% door de huisarts is verwezen (gedaald) en 39% niet verwezen is (gestegen). Vanuit de abortuskliniek/het ziekenhuis werd 40% verwezen naar de huisarts voor een nacontrole en kreeg 51% advies over anticonceptie en het advies hierover contact op te nemen met de huisarts (IGJ z.j.).

In de Wet Afbreking Zwangerschap staat het juridische kader omschreven rondom abortus. De belangrijkste randvoorwaarden zijn dat er sprake moet zijn van een 'noodsituatie voor de vrouw', dat de vrouw <24 weken zwanger is, dat er voorafgaand aan de abortus een gesprek moet zijn met een arts die moet nagaan of de vrouw vrijwillig en zorgvuldig een besluit heeft genomen. Per 1 januari 2023 is de verplichte bedenktijd afgeschaft, maar geldt een flexibele bedenktijd (Rijksoverheid 2022). De duur van de bedenktijd voorafgaand aan de abortus mag naar eigen inzicht bepaald worden door de zwangere en haar arts. Verder moet de zwangerschapsafbreking plaatsvinden in een abortuskliniek of ziekenhuis met de juiste vergunning. Het is aan de abortusarts, die de zwangerschap zal afbreken, om bovenstaande criteria te toetsen.

In dit deeldraaiboek worden de stappen benoemd bij een hulpvraag van een onbedoeld zwangere cliënt(e) binnen de setting van de GGD polikliniek seksuele gezondheid. Er wordt verder niet ingegaan op de juridische context. Daarvoor wordt verwezen naar de wetgeving rondom abortushulpverlening (zie de Wet afbreking zwangerschap).

Om een cliënte goed te kunnen begeleiden, is het belangrijk dat de professional haar onbevooroordeeld tegemoet treedt. Kun je dit niet, dan is het aan te raden de cliënte door te verwijzen naar een collega.

In het consult zijn de volgende doelen van belang:

- het vaststellen van de zwangerschap door middel van een zwangerschapstest;
- de hulpvraag verhelderen;
- informatie verschaffen opties/keuzes;
- een eventuele verwijzing tot stand brengen.

Extra aandacht voor jonge vrouwen met deze hulpvraag is van belang. Uit onderzoek van de Nederlandse Vereniging van Abortusartsen blijkt dat met name jonge vrouwen (<20 jaar) minder zeker zijn van hun besluit (NGvA 2022). Het is goed om hier bewust van te zijn en om alert te zijn op uitingen van twijfel van bij de cliënte.

11.2 Cliënte blijkt niet zwanger

Het is aan te raden stapsgewijs te werk te gaan en eerst vast te stellen of de cliënte daadwerkelijk zwanger is met behulp van een zwangerschapstest. In kader 11.1 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden indien een cliënte niet zwanger blijkt te zijn.

Kader 11.1: Vragen wanneer cliënte niet zwanger blijkt te zijn

- Waarom dacht je dat je zwanger was?
- Was er onbeschermd seksueel contact? Zo ja, wanneer?
- (Was het seksueel contact vrijwillig?)
- (Is er een soa-risico?)
- Wanneer was je laatste menstruatie? Is er een regelmatig menstruatiepatroon?
- Gebruik je anticonceptie? Op welke manier gebruik je deze? Past deze anticonceptie bij je? Wat voor anticonceptie zou je willen?
- Heb je een morning-afterpil genomen? Zo ja, welke en wanneer?
- Ben je ooit zwanger geweest? Wat was de uitkomst? Kinderen? Abortus? Miskraam?
- Toen je dacht zwanger te zijn, was dit gewenst, ongewenst of wist je het nog niet?
- Zijn er kwetsbaarheden (financieel, sociaal, mentaal)?
- Zijn er aanwijzingen voor (seksueel) geweld?

Bedenk dat een zwangerschapstest in een betrouwbare termijn gedaan moet worden. Ga uit van de verwachte menstruatiedatum om te testen tot 2 weken na de verwachte menstruatiedatum (wegens een variabel moment van ovulatie en menstruatie en dan vooral na gebruik van de morning-afterpil). Vroege miskramen of thuis verkeerd of te laat aflezen van de test zijn ook mogelijk (als de cliënte bijvoorbeeld wel eerder een positieve zwangerschapstest heeft gehad, maar op de poli de zwangerschapstest negatief is.)

Als je aanwijzingen hebt dat er sprake zou kunnen zijn van kwetsbaarheden bij de cliënte, bespreek dan of zwangerschap op dit moment in deze situatie gewenst is. Bij behoefte naar meer tijd en aandacht en hulp bij de keuzevorming anticonceptie: verwijs cliënten zo mogelijk door naar medewerkers van Nu Niet Zwanger (NNZ). (Het programma NNZ is per gemeente geregeld; kijk op Nunietzwanger.nl of de gemeente waar de cliënt woont dit aanbod heeft.) Zij zullen met de cliënte en eventueel met de partner samen het gesprek aangaan. Zo kan (eventueel gefinancieerd) anticonceptie via de huisarts of arts seksuele gezondheid voorgeschreven of geplaatst worden.

Bij aanwijzingen voor (seksueel/fysiek/mentaal) geweld/mishandeling moeten de stappen van de Meldcode doorlopen worden.

11.3 Cliënte is zwanger

Indien de zwangerschap is vastgesteld middels een test, zijn er over behoud van de zwangerschap de volgende mogelijkheden:

- cliënte twijfelt;
- cliënte wil de zwangerschap uitdragen;
- cliënte wil de zwangerschap afbreken.

11.3.1 Twijfel

Indien er twijfel is of de cliënte de zwangerschap wil uitdragen of afbreken, is het van belang dat de professional bewust is van diens eigen gevoelens, normen en waarden. Je helpt een cliënte niet door haar te overtuigen van jouw advies. Beter is het om samen zo neutraal mogelijk alle voor- en nadelen op een rijtje te zetten. Om een zo goed mogelijk besluit te kunnen maken, waar men later ook nog achter kan staan, is het belangrijk dat de cliënte het gevoel heeft dat alle mogelijke opties zijn overwogen. De verschillende keuzemogelijkheden staan in kader 11.2. In kader 11.3 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult als een cliënte twijfelt.

Kader 11.2: Keuzemogelijkheden

Informeer de cliënte over haar keuzemogelijkheden:

1. Het kind zelf opvoeden, zo nodig opvang in tienermoederhuis
Als een jonge cliënte de zwangerschap wel wil uitdragen, maar door de omstandigheden hier geen mogelijkheid voor ziet, kan zij in aanmerking komen voor opvang en begeleiding in een tienermoederhuis. Hier krijgt zij onderdak, ondersteuning en begeleiding, om uiteindelijk met haar kind zelfstandig in de maatschappij te kunnen functioneren. Soms is het lastig een goed opvanghuis te vinden, aangezien de financiering hiervan onder druk staat. Aan te raden is om deze in de eigen sociale kaart te verwerken. Organisaties voor opvang tienermoeders zijn o.a. Timon, Siriz, Moviera en het Leger des Heils.

2. Het kind (tijdelijk) plaatsen in pleeggezin
Hierbij mag de moeder in overleg met pleegzorg af en toe contact houden met het kind terwijl ze niet de dagelijkse zorg over het kind heeft. Ze blijft wel de ouderlijke macht houden. Meer informatie op: Pleegzorg.nl.

3. Kind afstaan ter adoptie
In dit geval wordt definitief afstand gedaan van het juridische ouderschap. Met behulp van hulpverleningsinstanties is het soms mogelijk summier contact te houden. Meer informatie op: Fiom.nl.

4. *Zwangerschapsafbreking*
Hierbij wordt de zwangerschap in een zo vroeg mogelijke termijn afgebroken. Dit gebeurt medicamenteus (tabletten) of instrumenteel (vacuümaspiratie of D&E (dilatatie en evacuatie) en wordt begeleid door de huisarts, abortuskliniek of (bij bepaalde indicaties) bij de gynaecoloog. Zie verder paragraaf 11.3.3.

Kader 11.3: Vragen bij twijfel van een cliënte

- Wat betekent het *voor jou* dat je zwanger bent?
- Wat zijn voor jou de voor- en nadelen van de zwangerschap?
- Waar denk je over na? Wat zijn je overwegingen? Waar twijfel je over? Financiële draagkracht? Sociaal netwerk/relatie? Culturele overtuigingen of barrières in het sociale milieu? Ruimte voor eigen ontwikkeling of vragen over de toekomst (bijvoorbeeld over opleiding, werk, woonruimte etc.)?
- Zijn er oplossingen te bedenken voor je knelpunten?
- Wat heb je nodig om tot een keuze te komen?
- Zijn er personen uit je omgeving die voor jou belangrijk zijn om in je keuze te betrekken (bijvoorbeeld een partner of een persoon in je sociale netwerk)?
- Zou je om tot een keuze te komen een uitgebreider gesprek met iemand willen (bijvoorbeeld een huisarts, een medewerker van Fiom of een maatschappelijk werker)?

Indien er behoefte is aan een aanvullend gesprek, verwijs dan door naar daarvoor geschoolde hulpverleners (vermeld bij twijfel al wel de leefstijl- en voedingsadviezen, zoals genoemd in kader 11.4).

Het aanbod rondom hulp bij onbedoelde zwangerschap is afgelopen jaren in beweging. (Hulp bij) besluitvorming is nu ook een taak van de GGD. Niet op alle plaatsen in het land zal deze taak echter uitgevoerd worden/gerealiseerd zijn.

Landelijk zijn er nog andere organisaties die zich bezighouden met het onderwerp onbedoelde zwangerschap, o.a. Fiom, Siriz, Beschermde Wiegkamer en abortusklinieken. Zie voor een compleet overzicht van organisaties het Infopunt Onbedoeld Zwanger. Bij het Fiom kun je terecht voor advies en adressen van hulpverleners die in jouw regio de besluitvormingsgesprekken uitvoeren. Dit kan handig zijn als de eigen GGD niet voorziet in dit aanbod. Siriz (van origine een christelijke instantie) biedt ook hulp rondom onbedoelde zwangerschap, waaronder ook de mogelijkheid tot bevallen op beschermde locaties. Fiom heeft van oorsprong een neutrale houding ten opzichte van abortus, terwijl Siriz sterker gericht is op het behoud van het ongeboren kind.

11.3.2 Cliënte wil zwangerschap uitdragen

Over het algemeen zullen het vooral jonge vrouwen zijn die met deze hulpvraag op de poli komen. Zij zullen wellicht nog veel vragen hebben of twijfels hoe ze het moederschap kunnen invullen. In kader 11.4 wordt een aantal aandachtspunten beschreven die ter sprake kunnen worden gebracht tijdens een consult.

Plan voor aanstaande tienermoeders bij voorkeur een vervolgafspraak op de poli na 1 of 2 weken in. Het doel hiervan is om na te gaan of de cliënte nog steeds achter haar keuze staat, of ze de in kader 11.4 genoemde stappen al gezet heeft, en om te inventariseren of ze voldoende steun krijgt/ervaart in haar omgeving.

Zijn er aanwijzingen voor (seksueel) geweld, doorloop dan de Meldcode.

Kader 11.4: Aandachtspunten bij uitdragen van de zwangerschap

Adviezen ten aanzien van zwangerschap:

- Adviseer onmiddellijk te starten met dagelijks 0,5 mg foliumzuur gedurende de eerste 10 weken van de zwangerschap en licht dit toe. Foliumzuurtabletten zijn zonder recept bij drogist of apotheek verkrijgbaar.
- Adviseer gezond en gevarieerd te eten en voedingsmiddelen die schadelijk kunnen zijn in de zwangerschap (bijvoorbeeld rauwe melk en rauwe vlees- en visproducten) te mijden.
- Adviseer onmiddellijk te stoppen met gebruik van nicotine, alcohol, drugs en licht dit toe.
- Gebruikt de cliënte medicatie (ook zelfhulpmiddelen)? Zo ja, overleg met een arts voor het juiste advies.
- Laat de cliënte, in ieder geval tussen de 8e en 10e week, contact opnemen met een verloskundige in verband met de prenatale zorg. Vooral vrouwen van niet-westerse afkomst presenteren zich vaak te laat bij een verloskundige. Help haar zo nodig bij het vinden van een verloskundige in de buurt. De verloskundige zal ook assisteren in de koppeling naar een gynaecoloog bij een eventuele verder gevorderde zwangerschap.

Bij houden van het kind:

- Kan de cliënte terugvallen op een sociaal netwerk? Heeft ze nagedacht over de consequenties op financieel, sociaal (relatie/netwerk), mentaal/ontwikkeling vlak?
- Heeft de cliënte haar voornemen al met anderen besproken (bijvoorbeeld partner, sociaal netwerk, huisarts, maatschappelijk werker)?
- Weet de cliënte hoe de dingen te regelen met school/werk, uitkering, woonruimte, toelages etc.? Overleg eventueel na toestemming met JGZ, maar ook Fiom en Siriz.
- Is er behoefte aan ondersteuning via tienermoederinstanties? Geef hiervoor de informatie mee. Zie kader 11.2 voor voorbeelden van instanties, maar kijk ook naar opties binnen de GGD-regio.

Bij afstaan van het kind:

- Kan de cliënte terugvallen op een sociaal netwerk? Heeft ze nagedacht over de consequenties op sociaal (relatie/netwerk), mentaal/ontwikkeling vlak?
- Heeft de cliënte haar voornemen al met anderen besproken (bijvoorbeeld partner, sociaal netwerk, huisarts, maatschappelijk werker)?
- Overleg eventueel, na toestemming, met JGZ, maar ook Fiom en Siriz.

11.3.3 Cliënte wil zwangerschap afbreken

Voor afbreking van de zwangerschap kan cliënte op eigen initiatief (of met hulp van een GGD-arts) een afspraak maken bij de huisarts, abortuskliniek of (met verwijzing van de huisarts) bij de gynaecoloog in het ziekenhuis. De persoon/instantie die de abortus instrumenteel of met medicatie voorschrijven uitvoert moet beschikken over een vergunning voor abortus. Deze vergunning is voor abortusartsen en gynaecologen voor abortus tot 13 weken. Voor een abortus in de termijn 13 tot 22 weken is er zelfs een speciale vergunning nodig (aanwezig bij enkele abortusklinieken en in alle ziekenhuizen). Naar

verwachting zal begin 2025 het nieuwe wetsvoorstel om zonder vergunning de abortuspil voor te schrijven in werking treden. Dit betekent dat daarna ook de huisarts (na scholing via de SeksHAG) de abortuspil zal voor mogen schrijven. De termijn waarop door huisartsen de abortuspil voorgeschreven mag worden wordt 63 dagen (9 weken) amenorroeduur. Huisartsen hebben dan zelf de keuze (maar geen verplichting) of ze de abortuspil gaan voorschrijven. Deze keuze voor de huisarts moet dan ook als zodanig met cliënten besproken worden. Indien de cliënte niet via de huisarts deze medicatie kan krijgen, dan kan cliënt(e) naar een collega huisarts of abortuskliniek of gynaecoloog doorverwezen worden.

In kader 11.5 worden de aandachtspunten beschreven die ter sprake kunnen worden gebracht tijdens een consult.

Kader 11.5: Vragen bij het afbreken van de zwangerschap

- Kun je iets delen over waarom je de zwangerschap wil afbreken?
- Was het seksuele contact waardoor de zwangerschap is ontstaan vrijwillig?
- Is er een soa-risico?
- Is de partner in beeld? Is de partner op de hoogte van de zwangerschap en hoe denkt de partner over de zwangerschap?
- Zijn er aanwijzingen van (seksueel) geweld? (Doorloop dan de Meldcode.)
- Kan de cliënte terugvallen op een sociaal netwerk?
- Heeft de cliënte haar voornemen al met anderen besproken?
- Heeft de cliënte voldoende na kunnen denken om deze keuze al te kunnen maken? Heeft ze nog een ondersteunend gesprek nodig met iemand in haar omgeving of een daarvoor geschoold persoon om haar in deze keuze kunnen ondersteunen?
- Hoe komt het dat de cliënte onbedoeld zwanger is geworden? Gebruikte ze al anticonceptie (en op de juiste manier)?
- Bespreek anticonceptie voor de toekomst. Geef aan dat het meestal mogelijk is om aansluitend aan een vacuümaspiratie of D&E een spiraal of hormoonstaafje te laten plaatsen. Verwijs zo nodig naar Anticonceptievoorjou. Voor verdere ondersteuning in het gesprek over anticonceptie bij vrouwen met (financiële/sociale/mentale) kwetsbaarheden kan een medewerker van Nu Niet Zwanger ingeschakeld worden. Zie verder ook deeldraaiboek 11.

Als de cliënte zeker is van haar keuze, kan uitleg gegeven worden over de verschillende opties om de zwangerschap af te breken (zie ook kader 11.6): instrumenteel (vacuümaspiratie of D&E) of medicamenteus (abortuspil), de eerste met plaatselijke verdoving of onder narcose/sedatie. Voor het verstrekken van juiste informatie over de mogelijkheden ten aanzien van abortus, is het handig om een inschatting te maken van de zwangerschaps-duur. Het aantal weken zwangerschap wordt gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie (amenorroeduur) en uitgedrukt in weken en dagen. De cliënte wordt verder geïnformeerd bij welke klinieken zij zich kan melden voor een ingreep.

In de oude wetgeving rondom verplichte bedenktijd (5 dagen) was het verplicht een besluit tot afbreking van de zwangerschap eerst met een arts te bespreken. Gezien per januari 2023 sprake is van een flexibele bedenktijd tussen arts en zwangere is het nog steeds raadzaam een arts bij het gesprek te betrekken, maar deze afspraak over bedenktijd kan ook door een huisarts

of abortusarts met de zwangere gemaakt worden. Bij abortusklinieken kunnen vrouwen zonder een verwijzing terecht. Bij een medisch probleem rondom de zwangerschap is doorverwijzing via de huisarts naar het ziekenhuis nodig.

Kader 11.6: Mogelijkheden abortus

Abortuspil
Een medicamenteuze zwangerschapsafbreking kan uitgevoerd worden tot een amenorroeduur (AD) van 9 weken. De keuze hiervoor ligt in principe bij de cliënte. Soms kunnen er echter omstandigheden zijn waardoor een abortusarts zal adviseren om voor een instrumentele behandeling te kiezen (bijvoorbeeld bij vrouwen zonder verblijfstitel en/of Nederlandse gezondheidsverzekering).
Bij een medicamenteuze behandeling worden twee soorten medicatie toegepast, waarna binnen een paar uur na gebruik van het tweede medicament de vrucht loslaat. Het eerste medicament, mifepriston, is een antiprogestageen, waardoor de groei van de zwangerschap vrijwel altijd stopt. Het tweede medicijn, misoprostol, is een soort prostaglandine die een miskraam veroorzaakt. Dit gaat meestal gepaard met pijn en bloedverlies, vergelijkbaar met een spontane miskraam. Het vloeien kan soms 2-3 weken aanhouden. Het beloop na inname van een abortuspil is lastig te voorspellen; bij ruim bloedverlies (meer dan vier volle maandverbanden per uur) moet cliënte contact opnemen met behandelende arts/kliniek of zich bij een ziekenhuis melden.
De medicatie wordt verstrekt door een abortuskliniek, ziekenhuis met Wafz-vergunning of eventueel door een huisarts die hiertoe bereid is (vrije keus). De eerste pil wordt aldaar ingenomen. De misoprostol wordt 1 of 2 dagen later thuis ingenomen. Soms kiezen vrouwen ervoor de miskraam in de kliniek af te wachten. Bij een medicamenteuze abortus is de kans op een doorgaande zwangerschap beneden de 7 weken <1% en tussen de 7 en 9 weken <1-2%. Daarom is het bij een medicamenteuze abortus altijd van belang de vrouw hierover goed te instrueren, zodat zij zelf een zwanger-schapstest doet na 3 à 4 weken of voor echoscopische controle komt.

Eerste trimester instrumenteel
Een vacuümaspiratie is een korte instrumentele ingreep waarbij met een dun zuigbuisje het vruchtblaasje en binnenbekleding van de baarmoeder wordt weggezogen. Deze ingreep kan plaatsvinden met lokale verdoving, sedatie of narcose, afhankelijk van de gekozen kliniek. De baarmoedermond wordt meestal van tevoren verweekt met misoprostol.

Tweede trimester instrumenteel
Als een zwangerschap verder gevorderd is dan 13 weken, vindt een tweede-trimesteringreep plaats. Hierbij worden verschillende technieken toegepast. De baarmoedermond wordt meestal van tevoren verweekt met misoprostol. Daarna volgt veelal een combinatie van instrumentele verwijdering (vacuümaspiratie en/of D&E) of medicamenteuze zwangerschapsbeëindiging door middel *van misoprostol* vaginaal/oraal/buccaal of sulproston per infuus. Deze ingreep vraagt om voorzieningen en expertise die niet in elke abortus-kliniek of elk ziekenhuis voorhanden zijn. Daartoe is een speciale vergunning nodig. Een tweede-trimesterabortus kan tot 22 weken uitgevoerd worden in de Bloemenhovekliniek in Heemstede en het Vrelinghuis in Utrecht. Tot 18 weken is in meerdere klinieken mogelijk. Informeer bij de klinieken wat precies mogelijk is.

Verwijzing
Schrijf eventueel op verzoek een verwijsbrief en geef deze mee aan de cliënte. In de verwijsbrief dient te staan:

- naam en geboortedatum van cliënte;
- datum van het consult (op deze dag gaat de flexibele bedenktijd in, mits een arts de cliënte heeft gesproken; voor een overtijdbehandeling is geen bedenktijd nodig);
- korte omschrijving van de situatie;
- datum eerste dag laatste menstruatie, cyclusduur;
- verloskundige voorgeschiedenis (zwangerschap, abortus, miskraam);
- medische en psychosociale bijzonderheden (voor zover bekend);
- medicatiegebruik en allergieën;
- anticonceptiegebruik nadien (is het recept al verstrekt? is IUD-plaatsing gewenst in dezelfde zitting van de abortus?);
- soa-risico (is de diagnostiek gedaan? is er al behandeld?);
- seksueel misbruik in de voorgeschiedenis? (ingreep kan als hertraumatiserend worden ervaren);
- handtekening van verwijzend arts.

Op de websites van diverse abortusklinieken is een standaardverwijsbrief te downloaden.

De financiële afwikkeling van een zwangerschapsafbreking wordt besproken in kader 11.7.

Kader 11.7 Financiële afwikkeling en anonimiteit

Via de abortuskliniek:
Voor vrouwen met een Nederlandse zorgverzekering en basisregistratie (BRP) of vrouwen zonder Nederlands zorgverzekering maar wel met basisregistratie, een officieel woonadres en betaling van belasting in Nederland vallen onder de Wet Langdurige Zorg (WLZ). De abortus vindt gratis en anoniem plaats. De kosten voor een abortus worden door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vergoed. Asielzoekers vallen onder de Regeling Ziektekosten Asielzoekers. Ze zijn verzekerd via het Centrum Opvang Asielzoekers (COA) en de abortus is niet anoniem.
Bij een internationale/geen zorgverzekering en geen belastingbetaling in Nederland (bijvoorbeeld internationale studenten die met een studentenverzekering niet in loondienst in Nederland werken) moet de zwangerschapsafbreking door de cliënte betaald worden. De prijzen zijn vastgesteld door het Ministerie van VWS, vanaf 450-1372 euro (afhankelijk van de termijn en de methode van zwangerschapsafbreking en verdoving). De behandeling is wel anoniem. Controleer via de organisatie Nu Niet Zwanger of via de gemeente of er misschien een fonds is voor de vergoeding van abortus in deze groep.

Via het ziekenhuis:
Behandeling in het ziekenhuis wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Dit betekent dat de zwangerschapsafbreking niet anoniem is en dat de cliënte zelf de kosten (middels eigen risico) betaalt.

Via huisarts (overtijdbehandeling) of Women on Web (medicamenteus):
Kosten zijn voor cliënte zelf. Rond de 70-90 euro.

Vrouwen zonder verblijfstitel in Nederland en zonder financiële middelen (bijvoorbeeld zonder beschikbaar fonds in de regio) of met een uitdrukkelijke wens tot medicamenteuze zwangerschapsafbreking kunnen tot 12 weken zwangerschap ook terecht bij Women on Web. Na inschrijving door cliënte op de website kan nationaal de aangesloten arts een recept voor abortusmedicatie doorsturen naar de gewenste apotheek. Ook kan om abortusmedicatie met internationale bestemmingen gevraagd worden.

De WASS (Werkgroep Artsen Seksuele Gezondheid) heeft in 2015 een standpunt opgesteld over het voorschrijven van de abortuspil binnen de GGD-polikliniek seksuele gezondheid. De werkgroep was van mening dat deze vorm van hulpverlening niet past binnen de werkzaamheden. Dit standpunt is afgelopen jaren ongewijzigd gebleven. Wel is het een taak van de GGD om de weg naar deze hulpverlening te faciliteren.

Nazorg
Als een cliënte gekozen heeft om de zwangerschap af te breken, is het raadzaam om een nacontrole in te plannen 3 à 4 weken na de ingreep. Deze nacontrole kan in overleg met de cliënt thuis (vragenlijst en zwangerschaps-test), in de abortuskliniek/het ziekenhuis of op het Centrum Seksuele Gezondheid plaatsvinden.

Als de nacontrole op het CSG plaatsvindt: voer een zwangerschapstest uit om zeker te zijn dat de abortus goed is verlopen. Als de zwangerschapstest toch positief uitvalt, verwijs dan terug naar de abortuskliniek/het ziekenhuis voor eventuele verder benodigde behandeling. Verder kunnen de volgende punten besproken worden tijdens het consult:

- Hoe is de ingreep verlopen?
- Zijn er lichamelijke klachten? Bijvoorbeeld bloedverlies, koorts, buikpijn, stinkende afscheiding?
- Voor welke vorm van anticonceptie is gekozen en bevalt deze? (Als deze nog niet geregeld is, dan hierin actief faciliteren: middels motivational interviewing inventariseren of er een wens is om zich tegen zwangerschap te beschermen, en zo ja, dan informatie geven over de verschillende vormen van anticonceptie, bijvoorbeeld een Sense-consult of gesprek over seksuele gezondheid).
- Staat de cliënte nog steeds achter haar besluit? Zo niet, waarom niet? Is er verdere ondersteuning nodig? Verwijs zo nodig door naar de psychosociale nazorg waar aangeboden door de GGD, Fiom (online) of Informatiepunt Onbedoelde Zwangerschap.
- Hoe is de verwerking gegaan? Bij benodigde mentale ondersteuning overwegen door te verwijzen naar huisarts, Fiom, maatschappelijk werker of (bij ongedocumenteerde vrouwen) instanties die gratis psychosociale ondersteuning bieden aan ongedocumenteerde personen (bijvoorbeeld Dokters van de Wereld).

11.4 Zwangerschapsafbreking bij minderjarigen (12 t/m 15 jaar)

Wanneer cliënte onder de 16 jaar is, is inlichten van en toestemming voor abortus nodig van ouder(s) of voogd. Het uitgangspunt is dat vooraf gezagdragende ouder(s) of voogd over de abortus geïnformeerd worden met de bedoeling dat de cliënte ook door haar ouder(s) of voogd rondom de abortus ondersteund kan worden. In sommige situaties zal de arts echter op grond van goed hulpverlenerschap besluiten om de ouder(s) of voogd niet op de hoogte te brengen en de abortus bij goed begrip van de minderjarige wel

doorgang geven (bijvoorbeeld bij nadeel voor de verdere ontwikkeling of veiligheid van de cliënte). De abortusarts beoordeelt of cliënte goed heeft nagedacht over het besluit en bespreekt eventueel met de cliënte, of eventueel samen met een andere volwassene, of het besluit kan worden genomen. De GGD-arts of medewerkers van FIOM kunnen ook assisteren in het betrekken van een volwassene om samen met de minderjarige aan de besluitvorming bij te dragen (denk aan: huisarts, vertrouwenspersoon, vriend of familielid anders dan ouder(s)/voogd).

Als het inlichten van ouder(s) wel gedaan kan worden, maar de toestemming van ouder(s) of voogd vervolgens niet gegeven wordt, beoordeelt de abortusarts wederom of cliënte goed heeft nagedacht over het besluit. Bij goed begrip van minderjarige cliënte over de gevolgen, kan (vanuit goed behandelaarschap teneinde ernstig nadeel voor de minderjarige cliënte te voorkomen of bij persisterende weloverwogen wens van minderjarige cliënte) door de abortusarts besloten worden zonder toestemming van ouders(s) of voogd een abortusbehandeling plaats te laten vinden. Deze overwegingen moeten zorgvuldig vastgelegd worden in het dossier (KNMG 2020).

11.5 Angst voor zwangerschap

Jongeren kunnen soms grote zorgen hebben over een mogelijke zwangerschap. Vooral als ze geen anticonceptie gebruiken of wat minder zorgvuldig omgaan met anticonceptiegebruik, maar soms zelfs als ze een spiraal hebben. Het kan vragen opleveren als: ‘kan ik/zij zwanger worden als er sperma in het badwater terecht is gekomen?’ of ‘kan ik zwanger worden als mijn menstruatie gisteren begon en we vandaag gemeenschap hadden?’. De paniek kan groot zijn en 100% zekerheid is niet altijd te geven. Uit de beschrijving van een situatie valt niet altijd precies op te maken wat er mogelijk mis kan zijn gegaan en een zwangerschap valt dus lang niet altijd uit te sluiten. Het serieus nemen van de angst, uitvragen van de eventueel gebruikte methode, vergeten pillen en wat er precies is gebeurd, is van belang. Daarnaast moet worden ingegaan op de wens tot het voorkomen van een zwangerschap in de toekomst en hoe cliënt(e) daar zorg voor wil dragen.

Weeg het risico af op basis van de kennis rondom de menstruatiecyclus en overleving van sperma binnen en buiten het lichaam. Heeft het incident de afgelopen 5 dagen plaatsgevonden en is er risico op een zwangerschap, dan kan een morning-afterpil genomen worden of een morning-afterspiraal geplaatst worden. Meer informatie hierover is te lezen in deeldraaiboek 10.

Referenties

- Barnhoorn PC, Bruinsma ACA, Bouma M et al. 2020. NHG-Standaard Anticonceptie. Nederlands Huisartsen Genootschap (geraadpleegd: versie met laatste aanpassing april 2023).
- FIOM. Wet- en regelgeving abortus Fiom Expertisecentrum ongewenste zwangerschap (geraadpleegd 18-10-2023).
- de Graaf H, Kraan Y, Oldenhof A et al. 2024a. Monitor Seksuele Gezondheid 2023. Rutgers.
- de Graaf H, Oldenhof A, Kraan Y et al. 2024b. Seks onder je 25e: seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2023. Rutgers/Soa Aids Nederland.
- de Graaf H, Wijsen C 2017. Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Rutgers.

- IGJ z.j. Rapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz). Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (geraadpleegd 28-09-2023).
- IGJ 2023. Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz) 2022. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (geraadpleegd 18-10-2023).
- KNMG 2020. Mag een meisje van 14 jaar abortus laten uitvoeren zonder medeweten van haar ouders? Praktijkdillema 2 december 2020.
- Leusink P, Ramakers M 2014. Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- NGVA 2016. Richtlijn Nazorg bij zwangerschapsafbreking. Nederlands Genootschap van Abortusartsen (via ngva.net/professionele-standaarden).
- NGVA 2016. Richtlijn Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan. Nederlands Genootschap van Abortusartsen (via ngva.net/professionele-standaarden).
- NGVA 2022. Richtlijn Begeleiding bij het overwegen van een zwangerschapsafbreking. Nederlands Genootschap van Abortusartsen (geraadpleegd 25-10-2023 via ngva.net/professionele-standaarden).
- Rijksoverheid 2022. Verplichte minimale bedenktermijn bij abortus vervalt. Nieuwsbericht 8 juli 2022.
- Roordink EM, Brouwer-Prusak AJ, Snijders BEP et al. 2024. Monitor Onbedoelde Zwangerschappen: Cijferoverzicht 2023. RIVM rapportnummer 2024-0040. Bilthoven Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- van der Vlugt I 2024. Achtergronddossier anticonceptie. Rutgers.

12. Seksuele problemen

Vastgesteld LOI-SG: 1 november 2016.

Inhoud deeldraaiboek 12

12.1 Inleiding 187
12.1.1 Definitie en afbakening 187
12.1.2 Regionale multidisciplinaire aanpak 188
12.1.3 Vergoeding van seksuologische hulp 188
12.1.4 Indeling en opbouw paragrafen 188
12.2 Verminderd seksueel verlangen en verschil in verlangen 189
12.2.1 Definitie 189
12.2.2 Vragen 189
12.2.3 Onderzoek 190
12.2.4 Probleembeschrijving 190
12.2.5 Plan van aanpak 193
12.2.6 Verwijzen 193
12.3 Seksuele aversie 194
12.3.1 Definitie 194
12.3.2 Vragen 194
12.3.3 Onderzoek 194
12.3.4 Probleembeschrijving 194
12.3.5 Plan van aanpak 195
12.3.6 Verwijzen 195
12.4 Seksverslaving 195
12.4.1 Definitie 195
12.4.2 Vragen 195
12.4.3 Onderzoek 196
12.4.4 Probleembeschrijving 196
12.4.5 Plan van aanpak 197
12.4.6 Verwijzen 197
12.5 Seksuele opwindingsstoornis bij mannen (erectiestoornis) 197
12.5.1 Definitie 197
12.5.2 Vragen 197
12.5.3 Onderzoek 198
12.5.4 Probleembeschrijving 198
12.5.5 Plan van aanpak 200
12.5.6 Verwijzen 201
12.6 Seksuele opwindingsstoornis bij vrouwen 201
12.6.1 Definities 201
12.6.2 Vragen 201

12.6.3 Onderzoek 202
12.6.4 Probleembeschrijving 202
12.6.5 Plan van aanpak 203
12.6.6 Verwijzen 203
12.7 Aanhoudende lichamelijke opwinding 204
12.7.1 Definitie 204
12.7.2 Vragen 204
12.7.3 Onderzoek 204
12.7.4 Probleembeschrijving 204
12.7.5 Plan van aanpak 205
12.7.6 Verwijzen 205
12.8 Orgasmestoornis bij mannen: geremd klaarkomen 205
12.8.1 Definities 205
12.8.2 Vragen 205
12.8.3 Onderzoek 205
12.8.4 Probleembeschrijving 206
12.8.5 Plan van aanpak 207
12.8.6 Verwijzen 207
12.9 Orgasmestoornis bij mannen: vroegtijdige zaadlozing 208
12.9.1 Definities 208
12.9.2 Vragen 209
12.9.3 Onderzoek 209
12.9.4 Probleembeschrijving 209
12.9.5 Plan van aanpak 209
12.9.6 Verwijzen 210
12.10 Orgasmestoornis bij vrouwen 210
12.10.1 Definitie 210
12.10.2 Vragen 210
12.10.3 Onderzoek 211
12.10.4 Probleembeschrijving 211
12.10.5 Plan van aanpak 212
12.10.6 Verwijzen 212
12.11 Pijn bij het vrijen (dyspareunie) 213
12.11.1 Definitie 213
12.11.2 Vragen 213
12.11.3 Onderzoek 214
12.11.4 Probleembeschrijving 214
12.11.5 Plan van aanpak 215
12.11.6 Verwijzen 216
12.12 Vaginisme 216
12.12.1 Definitie 216
12.12.2 Vragen 216
12.12.3 Onderzoek 217

12.12.4 Probleembeschrijving 217
12.12.5 Plan van aanpak 218
12.12.6 Verwijzen 218
12.13 Parafilie 219
12.13.1 Definitie 220
12.13.2 Vragen 220
12.13.3 Lichamelijk onderzoek 220
12.13.4 Probleembeschrijving 220
12.13.5 Plan van aanpak 222
12.13.6 Verwijzen 222
Referenties 223
Bijlage Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw 225

12.1 Inleiding

Problemen rondom seksualiteit komen vaak voor. Uit onderzoek is gebleken dat 19% van de mannen en 27% van de vrouwen last hebben van een of meerdere seksuele disfuncties. Jongeren van 15-24 jaar kampen vaker met disfuncties (Kedde 2012). Bij de GGD polikliniek seksuele gezondheid, komen jonge vrouwen voornamelijk met pijnklachten tijdens seks en melden jongens zich vooral met te snel klaarkomen.

12.1.1 Definitie en afbakening

De woorden ‘probleem’ en ‘disfunctie’ worden evenals ‘moeilijkheid’, ‘stoornis’ en ‘klacht’ in de praktijk vaak door elkaar gebruikt. De term *seksueel probleem* geeft aan dat iemand ten aanzien van seks niet beleeft wat hij/zij zou willen beleven en/of niet kan wat hij/zij zou willen kunnen. Bij een *seksuele disfunctie* is er, ondanks adequate stimulatie, sprake van een verstoorde seksuele respons. Daarbij kan er sprake zijn van zowel een stoornis in het presteren als in het beleven. Klachten over pijn bij het vrijen en vaginistisch reageren vallen ook onder de disfuncties.

Seksuele disfuncties worden strikt gedefinieerd in de DSM-5.[8] Die strikte definiëring is niet werkbaar en niet nodig voor de taak van de hulpverlening bij de GGD polikliniek seksuele gezondheid. Om die reden worden de DSM-5-definities in dit draaiboek over het algemeen niet gehanteerd en wordt gesproken over ‘seksuele problemen’.

Niet alle vragen en moeilijkheden met betrekking tot seksualiteit vormen een probleem of een disfunctie. Gebrek aan kennis kan vragen en onzekerheden opleveren. Informeren over seksualiteit, over de seksuele anatomie en over de lichamelijke veranderingen bij seksuele opwinding, is dan ook een belangrijk deel van de hulp bij de seksuele klacht (zie ook deeldraaiboek 14). Dit is meer dan alleen kennis verschaffen aan de cliënt; het is tevens een vorm van psycho-educatie, met als doel de cliënt verbanden te laten zien en handvatten te geven in de omgang met het probleem. De lijdensdruk bepaalt of iemand een klacht als probleem ervaart.

[8] Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition.

In de tekst wordt voornamelijk uitgegaan van heteroseksuele contacten. Bij eventuele behandeling zal specifiek op aspecten rondom de seksuele voorkeur worden ingegaan, voor zover van belang.

12.1.2 Regionale multidisciplinaire aanpak

De vorm van de samenwerking met arts- of psycholoog-seksuoloog NVVS verschilt per GGD-regio. Verwijzing naar de seksuoloog NVVS kan in sommige regio's plaatsvinden binnen het kader van de aanvullende seksualiteitshulpverlening op de polikliniek seksuele gezondheid. Met nadruk wordt gewezen op het nut van bespreking van moeilijke casuïstiek in het regionale multidisciplinaire overleg, waarin de arts- of psycholoog-seksuoloog NVVS zitting heeft. Hier kan o.a. besloten worden of een consult bij de seksuoloog NVVS gewenst is of dat direct verwijzing naar elders zinniger is. Per regio zal men een sociale kaart moeten opstellen.

12.1.3 Vergoeding van seksuologische hulp

De vergoeding van seksuologische hulp kan per jaar variëren; zie www.nvvs.info voor de actuele situatie). Seksuologische problematiek valt over het algemeen onder lichte tot matige psychologische problematiek. Seksuologische hulp valt daarmee, net als relatietherapie en internettherapie onder de Basis GGZ. In veel gevallen wordt hulp binnen de Basis GGZ niet meer vergoed vanuit de basisverzekering. Soms kan aanspraak op vergoeding van seksuologische hulp gemaakt worden vanuit het aanvullend pakket. De cliënt kan dat navragen. De verwijzing dient via de huisarts te gebeuren.

Bij ernstige seksuele problematiek (genderdysforie, seksverslaving, parafilie) en bij comorbiditeit in de vorm van ernstige psychiatrische problematiek kan, altijd via de huisarts, verwezen worden naar de gespecialiseerde GGZ. In dat geval dient een DSM-diagnose gesteld te worden door een daartoe bevoegde professional.

Bij ernstige of chronische somatische comorbiditeit kan door huisarts of specialist naar de poli seksuologie van een ziekenhuis verwezen worden. In beide gevallen valt seksuologische behandeling valt onder de basisverzekering. Bij vergoeding vanuit de basisverzekering moet rekening worden gehouden met het eigen risico.

Indien de kosten geen bezwaar zijn voor de cliënt, kan altijd zonder tussenkomst van de huisarts verwezen worden naar een zelfstandig werkende psycholoog- of psychotherapeut-seksuoloog of naar een arts-seksuoloog.

12.1.4 Indeling en opbouw paragrafen

Zie kader 12.1 voor de indeling van de seksuele problemen.

Kader 12.1: Indeling seksuele problemen

Problemen met seksueel verlangen

- Verminderd seksueel verlangen en verschil in verlangen (§ 12.2)
- Seksuele aversie (§ 12.3)
- Seksverslaving (§ 12.4)

Problemen met de seksuele opwinding

- Seksuele opwindingsstoornis bij mannen: erectiestoornis (§ 12.5)
- Seksuele opwindingsstoornissen bij vrouwen (§ 12.6)
- Aanhoudende lichamelijke opwinding (§ 12.7)

Problemen met het orgasme

- Orgasmestoornis bij mannen: geremd klaarkomen (§ 12.8)
- Orgasmestoornis bij mannen: vroegtijdige zaadlozing (ejaculatio praecox) (§ 12.9)
- Orgasmestoornis bij vrouwen (§ 12.10)

Seksuele pijnproblemen

- Pijn bij het vrijen (dyspareunie) (§ 12.11)
- Vaginisme (§ 12.12)

Naast de onderscheiden seksuele problemen is er een paragraaf over parafilie (§ 12.13).

Ieder seksueel probleem wordt per paragraaf eerst gedefinieerd, vervolgens kan de verpleegkundige een vragenlijst raadplegen, waarna met de cliënt de hulpvraag geformuleerd kan worden. De vragen geven een houvast om het specifieke probleem uit te diepen en zijn niet bedoeld als een volledige anamnese. Het gaat, zoals gezegd, om een probleeminventarisatie, zodat adequaat kan worden geadviseerd of verwezen, niet om het stellen van een diagnose. Daarna volgt de probleembeschrijving als achtergrondinformatie, het plan van aanpak en eventuele verwijzing.

12.2 Verminderd seksueel verlangen en verschil in verlangen

12.2.1 Definitie

Verminderd seksueel verlangen: aanhoudend of terugkerend gebrek aan of ontbreken van seksuele fantasieën en verlangen naar seksuele activiteit, rekening houden met beïnvloedende factoren als gender, leeftijd en (sociaal-culturele) context.

12.2.2 Vragen

In kader 12.2 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 12.2: Vragen tijdens consult rondom verminderd seksueel verlangen

- Is jouw verlangen helemaal verdwenen of kan het seksuele verlangen af en toe wel aanwezig zijn? In welke situatie?
- Heb je seksuele fantasieën? Word je geprikkeld door erotische beelden of gedachten?
- Heb je wel ooit seksueel verlangen, fantasieën of gedachten gehad?
- Masturbeer je?
- Lukt het om zin te maken/krijgen in seks met je partner?
- Heb je afkeer of walging van seks?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner en de relatie?
- Is er sprake van minder zin in seks hebben dan jouw partner?
- Verschilt jullie verlangen naar intimiteit, naar seksualiteit of naar beiden?
- Lukt het om intiem contact te verdragen?
- Wat vind je wel prettig bij intiem contact? wat beslist niet?
- Zou je aan kunnen geven wat je mist?
- Zie jij zelf een aanleiding voor de verandering in je seksuele verlangen?
- Heb je negatieve seksuele ervaringen?
- Zijn er belangrijke veranderingen in je leven geweest?
- Heb je problemen in de relatie?
- Is er bij jou of je partner angst om je te binden?
- Heb je lichamelijke klachten of ziektes?
- Heb je psychische problemen? Hoe is het met je stemming?
- Gebruik je medicijnen, alcohol, drugs?
- Wat is je hulpvraag?

12.2.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek is niet zinvol. Laboratoriumonderzoek is meestal niet nodig.

12.2.4 Probleembeschrijving

Iemand kan zin in seks hebben, maar soms ook pas zin krijgen als hij/zij met seks bezig is. Zin kan ontstaan doordat iemand met een seksuele prikkel in aanraking komt. Dat kan een seksueel beeld of seksuele fantasie zijn, of een zintuiglijke prikkel.

Voorwaarden voor het ontstaan van zin zijn:

- intact seksueel systeem (geslachtsdelen, ruggenmerg en zenuwen en bloedvoorziening) en de mogelijkheid seksueel te reageren (en dit geleerd hebben in het verleden)
- adequaat (dat wil zeggen passend bij gender, leeftijd en context) aanbod van seksuele prikkels (beelden, geur, geluid, de juiste plekjes aanraken of laten aanraken)
- de verwachting van een positieve, plezierige uitkomst van de seksuele activiteit

Zin kan ontstaan in aanraking met een seksuele prikkel en bij positieve verwachtingen van het seksueel contact. Mensen ervaren seksueel verlangen als ze naast de genoemde voorwaarden ook gemotiveerd zijn om een doel te bereiken.

Mannen zijn veelal meer gericht op prestatie of lustgevoelens, terwijl voor vrouwen vaker intimiteit en betrokkenheid belangrijke redenen zijn om aan seks te beginnen. Redenen kunnen verschillen per persoon en per situatie. Partners zijn niet vanzelfsprekend op de hoogte van elkaars motieven om te gaan vrijen. Gebrekkige communicatie hierover kan daar debet aan zijn, maar ook het geloven in misvattingen (mythes) als 'seks hoort spontaan te zijn' of 'als je van elkaar houdt komt de seks vanzelf'.

Verminderd seksueel verlangen heeft uiteraard gevolgen voor de seksuele opwinding, het orgasme en de ejaculatie. In de beleving van de cliënt is het vaak moeilijk om het onderscheid te maken tussen seksuele opwinding en seksueel verlangen. In de praktijk is er geen lineaire relatie: verlangen kan leiden tot opwinding en opwinding kan het verlangen doen ontstaan dan wel toenemen.

Vanuit het bio-psychosociale model zijn er meerdere aspecten die van belang zijn bij de klacht verminderd verlangen. Benadrukt moet worden dat psychische en relationele factoren verreweg het belangrijkst zijn. Om die reden worden deze als eerste genoemd.

Psychologische aspecten van verminderde zin
Ingrijpende gebeurtenissen in iemands leven, seksueel geweld, problemen in bepaalde levensfasen, rouwverwerking, depressie, negatief zelfbeeld, angst en negatieve cognities over seksualiteit kunnen remmend werken op seksueel verlangen. Lichamelijke gevolgen van chronische of ernstige aandoeningen kunnen problemen geven in het seksuele zelfbeeld en dus gevolgen hebben voor het seksueel verlangen. Seksuele aversie (tegenzin) komt met name na seksueel geweld nogal eens voor.

Seksuele en relationele aspecten van verminderde zin
Zin in seks kan ontstaan in een positieve context (zie boven). Conflicten in partnerrelaties, verschillen in wensen en verlangens (zie onder), gebrek aan of onjuiste kennis en ongewenste gedragingen van de partner kunnen verantwoordelijk zijn voor verminderd seksueel verlangen. Seksuele problemen hebben vaak een negatief effect op de zin in seks, omdat het accent verschuift van de prettige naar de onplezierige aspecten van seksualiteit.

Verschil in verlangen
Verschil in verlangen tussen partners is de meest voorkomende oorzaak van verminderde zin in seks. Het verschil kan betrekking hebben op de frequentie van het seksueel contact, maar ook op de aard van het seksuele contact. Dit kan leiden tot seksuele ontevredenheid bij een of beide partners, met als gevolg een afname van de zin in seksueel contact. Om de seksualiteit in een relatie plezierig en bevredigend te maken en te houden is een juiste verhouding tussen passie en intimiteit nodig, maar ook de vaardigheid en durf om te communiceren over je behoeften en over wat je niet (meer) wilt. Moeilijke communicatie over de seksuele onvrede (zoals aanhoudend klagen of aandringen) leidt tot nog minder zin en zo wordt het probleem versterkt.

Biologische aspecten van verminderde zin bij de vrouw
Oestrogenen zijn van belang voor de bevochtiging (lubricatie) van de vagina; het heeft geen directe rol in het seksuele verlangen.

Testosteron beïnvloedt de gevoeligheid voor seksuele prikkels, ook bij vrouwen. De meeste testosteron is gebonden aan het Sex Hormone Binding Globulin (SHBG); het ongebonden, vrije testosteron is bepalend voor de gevoeligheid voor seksuele prikkels. Bij een tekort aan vrij testosteron neemt de gevoeligheid voor seksuele prikkels af, waardoor er meer prikkels nodig zijn voor zin en opwinding.

Bij de meestal jonge en gezonde vrouwelijke cliënten op de GGD polikliniek seksuele gezondheid verwacht je geen tekort aan oestrogenen. Het gebruik van hormonale anticonceptie kan bij hen wel verminderde zin veroorzaken. Enerzijds gaat remming van de eisprong samen met een daling van het testosteron. Anderzijds is de hoeveelheid SHBG is door de oestrogenen in de pil (ring, pleister) verhoogd, waardoor het vrije, actieve deel van de testosteron afneemt. Een pilgebruikster die last heeft van een te laag testosteron merkt gedurende haar strip dat haar gevoeligheid voor seksuele prikkels sterk is afgenomen, maar rapporteert in de stopweek een opvallende opleving daarvan. De verschillende generaties van hormonale anticonceptie verschillen in hun mogelijke effect op zin (zie deeldraaiboek 10). De gevoeligheid voor een laag testosteron verschilt per vrouw. Testosteronbepaling bij jonge gezonde vrouwen heeft geen zin.

Veranderingen in hormonen na de menopauze en na oncologische behandeling worden hier niet besproken.

Medicatie kan de zin in seks negatief beïnvloeden. Dit is bekend van o.a. antidepressiva en antipsychotica. Chronische ziekten kunnen verminderd seksueel verlangen geven, als gevolg van de aandoening zelf, maar ook als gevolg van de lichamelijke gevolgen van de aandoening (zoals moeheid).

Testosteronsuppletie heeft alleen effect bij een aangetoond laag testosterongehalte. Pillen ter bestrijding van minder zin in seks, zogenaamde ‘lustpillen’, zijn uitgebreid in het nieuws geweest. Voor hier volstaat te melden dat de indicatiestelling zeer beperkt is en dat ze in enkele gevallen nauwelijks effectief zijn en veel interacties en bijwerkingen kennen.

Biologische aspecten van verminderde zin bij de man
Belangrijke afname of toename van testosteron kan, naast klachten van verminderde vitaliteit, sterke effecten hebben op seksueel gedrag. Testosteron wordt bij mannen geproduceerd in de testes en in de bijnier(schors).

Er zijn verschillende oorzaken voor een testosterontekort. Testosterontekort kan aangeboren zijn. De puberteitsontwikkeling blijft dan achter. Bij de ziekte van Klinefelter bijvoorbeeld blijven de testikels te klein door een chromosoomafwijking.

Testosterontekort kan ook verkregen zijn. Mogelijke oorzaken zijn:
- oncologisch: na behandeling van een testistumor kan de productie verlaagd zijn;
- hoog gehalte aan prolactine (bijvoorbeeld door een prolactineproducerende tumor in de hersenen) en hoge dosering anti-androgenen (bijvoorbeeld bij prostaatkanker) nierdialyse;
- leververvetting (cirrose) bij chronisch alcoholisme;
- heroïne- en cocaïneverslaving;

- medicatie als antidepressiva, antipsychotica;[9]
- overgewicht bij metabool syndroom: late onset hypogonadisme ten gevolge van relatief teveel oestrogenen, waardoor vrij testosteron wordt weggevangen door het transporteiwit SHBG;
- extreem ondergewicht: testosteronsuppletie mag alleen plaatsvinden bij een aangetoond verlaagd testosteron.

Verhoogd seksueel verlangen
Verhoogd seksueel verlangen wordt ook wel hyperseksualiteit genoemd en komt met name voor als gevolg van lichamelijke dan wel geestelijke ziekten en hun behandeling (zie § 12.4).

12.2.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem.
   - Wat is het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren spelen een rol?
   - Maak eventueel een tijdlijn.

2. Formuleer de hulpvraag.
   - Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp, welke oplossing wens je?

3. Geef informatie en advies.
Maak duidelijk dat je niet kunt behandelen. Bovenstaande probleembeschrijving kan gebruikt worden om de cliënt te informeren.

De belangrijkste elementen zijn:
- Zin in seks komt niet vanzelf, maar kan op gang komen in aanraking met een seksuele prikkel, waarbij je je open wilt en kunt stellen voor de prikkel.
- Verminderd seksueel verlangen kan een normale reactie zijn op een life-event.
- Partners kunnen verschillen in hun motieven om seks te hebben.
- Mannen en vrouwen beleven seks vaak verschillend.
- Partners vullen vaak voor zichzelf in wat ze denken dat de ander wil.
- Adviseer met elkaar te praten over wat ieder wél prettig vindt in plaats van wat niet.
- Adviseer voorwaarden te creëren waaronder ieder zou kunnen vrijen.
- Raad zelfhulpboeken aan.

12.2.6 Verwijzen

Wenst de cliënt na één gesprek een behandeling, dan kan direct worden doorverwezen. Zo nodig kan de cliënt worden uitgenodigd voor een tweede gesprek met de verpleegkundige of arts(-seksuoloog), waarna alsnog kan worden verwezen.

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:
- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;

[9] Behalve antidepressiva en antipsychotica kunnen vele medicijnen negatief effect hebben op verlangen (Leusink 2009).

- bij ernstige relatieproblematiek: (eventueel via huisarts) naar psycholoog-seksuoloog met ervaring als relatietherapeut;
- bij ernstige psychopathologie zoals depressie of seksverslaving: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;
- indien lichamelijk onderzoek of aanvullende diagnostiek (bijvoorbeeld testosteronbepaling) nodig is of indien er ernstig somatische comorbiditeit aanwezig is: via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie.

12.3 Seksuele aversie

12.3.1 Definitie

Seksuele aversie: aanhoudende of wederkerende extreme afkeer of vermijding van (bijna) elk genitaal seksueel contact met de seksuele partner.

12.3.2 Vragen

In kader 12.3 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 12.3: Vragen tijdens consult rondom seksuele aversie

- Sinds wanneer ervaar je afkeer, heb je een idee hoe het is ontstaan?
- Van welke seksuele situaties heb je afkeer?
- Ervaar je extreme afkeer of walging? Hoe uit zich dat?
- Waar walg je van: bijvoorbeeld van geslachtsdelen, van geur, van specifieke aanrakingen?
- Vermijd je seksuele situaties, hoe doe je dat?
- Wat doe je wel in seksuele situaties, wat niet?
- Heb je seksuele verlangens, in welke situaties?
- Kun je seksueel reageren: opgewonden worden, vochtig worden, een erectie krijgen, een orgasme krijgen?
- Heb je negatieve seksuele ervaringen gehad in het verleden?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner, de relatie?
- Heb je psychische klachten (zoals depressie, angststoornis)?
- Ben je lichamelijk gezond, gebruik je medicatie, drugs?
- Wat is je hulpvraag?

12.3.3 Onderzoek

Er is geen indicatie voor lichamelijk onderzoek of laboratoriumonderzoek.

12.3.4 Probleembeschrijving

Er is sprake van negatieve emoties, walging en angst; hierdoor wordt een seksuele situatie vermeden. De klacht komt bij vrouwen vaker voor dan bij mannen.

Bij een primaire aversie is deze vaak geassocieerd met een strenge religieuze achtergrond en/of negatieve boodschappen over seks in de opvoeding en/of seksuele traumata (PTSS) in de jeugd.

Indien er sprake is van een secundaire aversie, dan is dit vaak een gevolg van seksuele traumata. Soms is afkeer van seks het gevolg van langdurige

ervaringen met pijnlijke seks. Meestal is er dan ook een vaginistische reactie en/of een permanente bekkenbodemoveractiviteit.

12.3.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
   - Wat is het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren spelen een rol?
   - Maak eventueel een tijdlijn.

2. Formuleer de hulpvraag
   - Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp, welke oplossing wens je?

3. Geef informatie en advies
   - Er kan informatie worden gegeven over het feit dat door de vermijding van seksuele situaties het probleem zich helaas niet zal oplossen en de angst versterkt zal worden.
   - Bij secundaire en/of solitaire aversie kunnen de cliënt en zijn/haar partner gestimuleerd worden eerder als positief ervaren handelingen of nieuwe positieve ervaringen op te zoeken.
   - Motiveer de cliënt voor professionele hulpverlening, zeker bij traumata in de voorgeschiedenis en tekenen van PTSS (angst, herbeleving, vermijding, permanent verhoogde waakzaamheid).

12.3.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:
- bij een aversie voor één specifieke situatie en geen andere psychopathologie: (eventueel via huisarts) naar een psycholoog-seksuoloog NVVS in de eerste lijn;
- bij seksuele aversie in combinatie met PTSS en/of andere ernstige psychopathologie: via huisarts naar tweedelijns GGZ-instelling.

12.4 Seksverslaving

12.4.1 Definitie

Van seksverslaving bestaat geen algemeen erkende definitie.

Een seksverslaving heeft de volgende kenmerken:
- Er is sprake van een terugkerend seksueel gedragspatroon.
- Er is sprake van een gevoel van controleverlies en van onvermogen om te stoppen of het patroon bij te stellen.
- Er zijn negatieve consequenties en er is subjectief lijden bij de persoon zelf of in de naaste omgeving.

Voor bovenstaand beeld worden ook wel de termen overmatig seksueel verlangen en hyperseksualiteit gebruikt. In dit draaiboek wordt de term seksverslaving gehanteerd omdat deze het best past bij het ervaren gebrek aan controle.

12.4.2 Vragen

In kader 12.4 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 12.4: Vragen tijdens consult rondom seksverslaving

- Wat is precies het probleem?
- Sinds wanneer bestaat het probleem?
- Wat betekent jouw gedrag voor jezelf, je partner, je omgeving?
- Voor wie is het een probleem, voor jezelf, je partner, je omgeving?
- Komt je dagelijks functioneren in de knel door je gedrag?
- Zijn er andere (negatieve) consequenties van je gedrag?
- Hoe ziet je leven er nu uit (werk, opleiding, sociale contacten, hobby's, etc.)?
- Ervaar je controle over je gedrag?
- Heb je al eens geprobeerd het te stoppen en hoe verliep dat?
- Wat is nu een aanleiding om (weer) hulp te zoeken?
- Wie zijn er op de hoogte van je probleem?
- Heb je andere problemen, fysiek, psychisch, sociaal?
- Ben je wel eens in contact met justitie geweest vanwege je gedrag?
- Wat is je hulpvraag?

12.4.3 Onderzoek

Aanvullend onderzoek is niet zinvol.

12.4.4 Probleembeschrijving

De laatste jaren melden zich vaker cliënten die last hebben van een seksverslaving. Seksverslaving kan zich uiten in frequent porno kijken en masturberen, veelvuldige onbeschermde losse seksuele contacten, oncontroleerbaar vreemdgaan, alsmaar op zoek zijn naar seksdates, prostitutiebezoek, etc. De frequentie van het gedrag doet eigenlijk niet ter zake; gebrek aan controle en het lijden vormen de kern.

Behalve dat er verschillende termen worden gebruikt, bestaan er ook verschillende visies op het probleem: als een klassieke progressieve verslavingsziekte of als een obsessief compulsieve stoornis. Of het accent wordt gelegd op het excessieve karakter van seksuele gedachten of gedrag.

Seksuologen NVVS hebben een sterke voorkeur voor de visie van Gert-Jan van Zessen, waarin de seksverslaving gezien wordt als een seksuele vormgeving van negatieve gedachten en gevoelens. Op zich alledaagse negatieve gevoelens worden geassocieerd met seksueel verlangen en gedrag. Negatieve gevoelens leiden tot meer seksueel gedrag en meer seksueel gedrag leidt tot meer negatieve gevoelens. Hoe dieper het patroon inslijt, hoe meer gezond gedrag (als openheid betrachten, contact zoeken, aandacht geven) vermeden wordt en hoe meer de eigenwaarde en de eigen stevigheid afnemen. Het daarmee gepaard gaande lijden leidt weer tot sterkere seksuele onrust. Voor iemand met een geringe eigenwaarde is het lastig om het roer van zijn leven in eigen handen te houden. Een seksverslaafde is niet oversekst; hij is niet voldoende in staat tot zelfsturing. De behandeling werkt vanuit versterking van zelfwaardering als basis voor gezonde zelfzorg en positieve seksualiteit.

Aanpak van seksverslaving door middel van onderdrukking van de seksualiteit, zoals vaak wordt gehanteerd binnen de reguliere verslavingszorg, wordt door seksuologen afgeraden. Onderdrukking van seksualiteit leidt in de visie van seksuologen tot meer seksuele onrust en daarmee tot vergroting in plaats van verkleining van het probleem.

Achtergronden van het probleem kunnen sterk variëren: ernstige problematiek in de vroege jeugd kan een rol spelen, maar ook bijvoorbeeld een milde depressie of AD(H)D.

Bij patiënten met een neurologische ziekte (bij dopaminegebruik door patiënten met de ziekte van Parkinson, na een CVA, bij dementie) kan er sprake zijn van hyperseksualiteit. Dit is geen seksverslaving in bovenstaande zin, maar een gedragsprobleem op basis van een neurologische ziekte. Soms kan in het begin van een ziekte dit verschil nog niet geheel helder zijn.

Ook bij psychiatrische problematiek kan er sprake zijn van hyperseksualiteit, als gevolg van de aandoening (bv manie).

12.4.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

- Het probleem verhelderen, inclusief de negatieve consequenties.
- Proberen niet te schrikken en niet te oordelen.
- Normaliseer wat normaal is (bijvoorbeeld masturberen terwijl je een relatie hebt, porno kijken, etc.).
- Stel gerust dat het niet om een verslaving als alcoholisme gaat.
- Geef aan dat seksverslaving in het algemeen goed te behandelen is.
- Bespreek of hulp iemand wil.
- Doorverwijzen.

12.4.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- (eventueel via huisarts) naar seksuoloog NVVS, geschoold in het model van het vat van zelfwaardering (Van Zessen 2016);
- bij lichamelijke comorbiditeit: via huisarts naar (academische) polikliniek seksuologie voor multidisciplinaire behandeling;
- bij psychiatrische comorbiditeit: via huisarts naar GGZ-instelling met seksuologische expertise.

Verwijzing via huisarts naar verslavingszorg is alleen zinnig als er tevens andere verslavingen zijn (diverse mogelijkheden, zoals Jellinek, Trubendorffer, Solutions, Vincere GGZ, sa-nederland etc.).

12.5 Seksuele opwindingsstoornis bij mannen (erectiestoornis)

12.5.1 Definitie

Erectiestoornis: het voortdurend of terugkerend onvermogen een erectie te krijgen of te behouden die voldoende is voor seksuele activiteit.

12.5.2 Vragen

In kader 12.5 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 12.5: Vragen tijdens consult rondom een seksuele opwindingsstoornis bij mannen (erectiestoornis)

- Hoe lang heb je al erectieverlies?
- Is de klacht altijd aanwezig?
- In welke situaties wel/niet (bijvoorbeeld bij condoomgebruik)?
- Heb je nachtelijke of ochtenderecties?
- Zie je een aanleiding voor het ontstaan van de klacht?
- Hoe is het beloop in de tijd (incl. acuut of geleidelijk begin)?
- Is er wel erectie, maar niet genoeg voor penetratie?
- Heb je pijn bij erectie?
- Zijn er veranderingen aan je penis, bijvoorbeeld kromstand of voorhuidproblemen?
- Word je voldoende seksueel geprikkeld (stimulatie, context)?
- Heb je (nog) zin in seks?
- Kun je klaarkomen, is er erectieverlies voor of na de zaadlozing?
- Hoe reageert je partner?
- Wat betekent de klacht voor jou, voor je partner, voor de relatie?
- Is er sprake van een seksueel probleem bij je partner?
- Kunnen jullie samen op andere manieren vrijen?
- Heb je al iets geprobeerd om het probleem aan te pakken?
- Ben je gezond (is er een lichamelijke of psychische aandoening)?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), verminderd ejaculaat)?
- Gebruik je medicijnen?
- Hoe is je leefstijl (roken, alcohol-, drugsgebruik, slapen, beweging)?
- Wat is je hulpvraag?

12.5.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek tijdens het consult seksuele gezondheid is alleen geïndiceerd bij verdenking van bekkenbodemhypertonie of een pijnlijke erectie. Let op standsverandering, littekenweefsel, verharde plaques of voorhuidvernauwing.

Lichamelijk onderzoek dient door de arts verricht te worden. Indien de arts geen ervaring heeft met bekkenbodemonderzoek bij de man kan dit achterwege blijven.

12.5.4 Probleembeschrijving

Erectiestoornissen komen met het toenemen van de leeftijd frequenter voor. Slechts een kwart van de mannen met behoefte aan hulp zoekt ook daadwerkelijk hulp, mede afhankelijk van de mate van last bij de man en/of de partner Naast toename in grootte en dikte is de mate van rigiditeit van belang voor de ernst van de erectiestoornis; deze factoren bepalen in hoeverre het nog (net) mogelijk is om gemeenschap te hebben of niet. Daarnaast is het van belang te onderscheiden of het erectieverlies, primair of secundair aanwezig is en situatief of gegeneraliseerd is. De situatieve vorm duidt meestal op een psychogene oorzaak (zie tabel 12.1).

Tabel 12.1 Factoren bij de probleembeschrijving van een erectiestoornis.

Overwegend psychogeen	Overwegend lichamelijk
<40 jaar	>40 jaar
Meestal aanwezige ochtenderecties	Doorgaans geen ochtenderecties
Bij masturbatie goede erecties	Bij masturbatie ook stoornissen
Plotseling begin, wisselend beloop	Geleidelijk begin (behalve na trauma of operatie)
Veelal situatief	Beloop vaak constant en gegeneraliseerd

Fysiologisch zorgt seksueel verlangen of een seksuele prikkel (aanraking, bepaald beeld) via prikkeloverdracht (ruggenmerg, zenuwen) voor ontspanning van het spierweefsel in de peniele zwellichamen. Voor dit proces is tevens de neurotransmitter stikstofoxide nodig. Door de ontspanning wordt de bloedtoevoer naar de zwellichamen vergroot en vullen deze zich met bloed. Door de drukverhoging worden de afvoerende vaten tegen het harde kapsel van de zwellichamen dichtgedrukt en kan de erectie zich ontwikkelen.

Somatische oorzaken:

- Diabetes mellitus, hart- en vaatziekten (HVZ), neurologische aandoeningen, verwijdering van de prostaat, medicijngebruik en te laag testosteron (indirect, door verminderde opwindbaarheid) zijn de belangrijkste lichamelijke factoren die tot erectiestoornissen kunnen leiden. Soms spelen lokale veranderingen aan de penis een rol (ziekte van Peyronie).
- Tijdens de remslaap treden nachtelijke erecties op. Slaapstoornissen, depressie, gebruik van slaapmedicatie en antidepressiva (SSRI) kunnen leiden tot verstoorde remslaap en dus verstoorde nachtelijke responsen.
- Bekkenbodemhypertonie kan leiden tot afname van de bloedtoevoer naar met name het corpus spongiosum van de penis. In dat geval is er vaak sprake van een nauwelijks gezwollen glans penis.

Psychologisch is er de verwachting dat de seksuele opwinding tot genot zal leiden. De man kan hierdoor scherper focussen op seksueel opwindende stimuli, waaronder de positieve ervaring van de eigen erectie.

Psychologische oorzaken:

- Bij verstoring van de stevigheid van de erectie beleeft de man zijn eigen functioneren als tekortschietend (voelt zich ‘ontmand’). De aandacht wordt op het falen gericht (faalangst, toeschouwersgedrag: jezelf en/of je lijf voortdurend observeren), in plaats van op lustvolle aspecten van de seksuele situatie.
- Stress, depressie en relatieproblemen zijn de belangrijkste psychologische veroorzakers van erectiestoornissen.
- Praten over de klacht met de partner kan moeilijk zijn. Regelmatig wordt een oplossing gezocht in het stiekem gebruiken van PDE-5 remmers, verkregen via internet.
- Toeschouwersgedrag doet uiteindelijk ook de erecties bij masturberen afnemen en maakt dat de aanwezige nachtelijke en ochtenderecties niet meer worden opgemerkt. Het ontbreken van ochtenderecties en erecties bij masturberen hoeft een psychogene oorzaak niet uitsluiten. Een goede erectie in de ochtend en/of tijdens masturberen sluit een overwegend lichamelijke oorzaak uit. Toeschouwersgedrag speelt ook een rol bij een overwegend lichamelijk erectieprobleem.

Seksuele factoren kunnen uiteraard ook mee spelen bij een erectiestoornis. Adequate seksuele stimulatie is een noodzakelijke voorwaarde voor seksuele opwinding. Beperkte kennis over hoe seks werkt, over variatie in seksuele handelingen en over wat je zelf prettig vindt, kan samenhangen met een erectieprobleem. Irreële verwachtingen over seks kunnen leiden tot prestatiedruk en teleurstelling, resulterend in een erectieprobleem. En door een seksuologisch probleem bij de partner kan de man voorzichtig en terughoudend worden, wat hem afleidt van opwindende seksuele prikkels.

12.5.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
   - Wat is het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren spelen een rol (overwegend psychogeen of lichamelijk)?
   - Maak eventueel een tijdlijn.

2. Formuleer de hulpvraag
   - Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp, welke oplossing wens je?

3. Geef informatie en advies

Maak duidelijk dat je in deze setting niet kunt behandelen. Bovenstaande probleembeschrijving kan gebruikt worden om de cliënt te informeren. De belangrijkste elementen zijn:

- Stel de cliënt gerust bij aanwezige ochtenderecties en erecties bij masturberen: een lichamelijke aandoening ontbreekt.
- Het af en toe ervaren van een wat minder sterke erectie is normaal.
- Bespreek de rol van stress, vermoeidheid, alcohol- en drugsgebruik.
- Besteed aandacht aan de vicieuze cirkel van faalangst.
- Een seksueel probleem bij de partner kan effect hebben op de klacht.
- Relatieproblemen of de reactie van de partner op de klacht kunnen een rol spelen.
- Bespreek irreële gevoelens, verwachtingen en opvattingen over seks en erectieverlies.
- Stimuleer het bespreken van het probleem met de partner.
- Stimuleer de partners om zich te richten op de lustvolle aspecten van seksueel contact zonder prestatiedruk en eventueel om op zoek te gaan naar andere manieren van vrijen.
- Geef leefstijladviezen: meer bewegen, gezond eten, niet roken, alcohol met mate.
- Mate en duur van de erectie nemen af met de leeftijd. Directe stimulatie door middel van aanraken is dan meer noodzakelijk.
- Diabetes, HVZ, neurologische aandoeningen en geneesmiddelen kunnen soms het erectievermogen verminderen. Bij cliënten met diabetes, hypertensie, bekkentraumata en operaties aan de onderbuik, maar ook bij werk gerelateerde problemen en surmenage is het erectieprobleem even vaak somatogeen als psychogeen.
- Informeer over het feit dat PDE-5-remmers als sildenafil en tadalafil slechts effectief zijn bij adequate seksuele stimulatie en seksuele opwinding. De werkzaamheid is pas optimaal na 4-6 keer. PDE-5-remmers mogen absoluut niet samen gebruikt worden met nitraten en ‘poppers’ vanwege gevaarlijke bloeddrukdaling.

Als er geen duidelijkheid ontstaat over de oorzaak vanuit de anamnese, kan de cliënt geadviseerd worden om te proberen thuis een erectie te krijgen middels audiovisuele/tactiele stimulatie (masturbatie) en een erectiedagboek bij te houden om mee te brengen naar een tweede gesprek (zie onder folders op http://www.seksueledisfuncties.nl/). Het tweede gesprek vindt bij voorkeur plaats samen met de partner, zodat deze ook op de hoogte is van de situatie. De casus kan besproken worden met het multidisciplinaire team.

12.5.6 Verwijzen

Wenst de cliënt behandeling, dan kan direct worden doorverwezen. Zo nodig kan, in overleg met de cliënt, de casus worden besproken met het multidisciplinair team. De cliënt wordt daarna uitgenodigd voor een tweede gesprek of alsnog verwezen.

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige relatieproblematiek: (eventueel via huisarts) naar relatietherapeut;
- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;
- indien lichamelijk onderzoek of aanvullende diagnostiek nodig is of indien er ernstig somatische comorbiditeit aanwezig is of andere seksuologische problematiek: via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem en/of als er klachten zijn met plassen: (eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: (eventueel via huisarts) naar haptonoom;
- bij vermoeden cardiovasculaire problematiek of diabetes: naar huisarts.

12.6 Seksuele opwindingsstoornis bij vrouwen

12.6.1 Definities

Subjectieve opwindingsstoornis: geen, weinig intens of maar kort aanhoudend gevoel van seksuele opwinding, waarbij het vochtig worden van de vagina (lubricatie) onaangetast is.

Lubricatiestoornis (objectieve opwindingsstoornis): aanhoudend of terugkerend onvermogen om de adequate lubricatie- en zwellingsrespons van de genitaliën ten gevolge van seksuele opwinding te krijgen of in stand te houden tot het einde van de seksuele activiteit.

12.6.2 Vragen

In kader 12.6 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 12.6: Vragen tijdens consult rondom een seksuele opwindingsstoornis bij vrouwen

- Wat is het probleem?
- Kun je seksueel fantaseren en zin hebben om te vrijen?
- Reageert je lichaam op dit verlangen?
- Voel je of je opgewonden bent en hoe merk je dat?
- Wordt je vagina dan vochtig of kan je partner dat merken?
- Zijn er situaties (zoals masturbatie) dat jij je opgewonden voelt?
- Heb je ooit seksuele opwinding ervaren?
- Weet je wat je nodig hebt om opgewonden te worden?
- Wordt hieraan voldaan tijdens seksueel contact?
- Wat deed je voorheen om opgewonden te worden?
- Kun je tijdens de seksuele activiteit je aandacht blijven richten op je eigen beleving?
- Heb je afleidende gedachten of momenten?
- Kan/durf je aan te geven wat je fijn vindt tijdens het vrijen?
- Heb je pijn bij het vrijen?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner, de relatie?
- Heb je last van somberheid, (signalen depressie)?
- Heb je ooit een trauma meegemaakt en heb je daar nog last van(PTSS: angst, permanente alertheid, herbelevingen, vermijding van situaties die doen denken aan het trauma)?
- Is er een oorzaak aan te wijzen, ben je bijvoorbeeld ziek geweest, heb je een buikoperatie gehad of gebruik je medicijnen?
- Speelt sterke kinderwens of angst voor zwangerschap een rol?
- Wat is je hulpvraag?

12.6.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek tijdens het consult seksuele gezondheid is alleen geïndiceerd als er ook een pijnprobleem is (zie § 12.11).

12.6.4 Probleembeschrijving

Seksuele opwinding heeft een subjectieve en een objectieve, fysieke component. In de praktijk zijn die lastig te onderscheiden, zeker bij vrouwen. Waar mannen heel duidelijk aan hun lijf herkennen dat ze opgewonden zijn (ze merken een erectie op), is dat voor vrouwen moeilijker. Veel vrouwen zijn zich niet bewust van de genitale respons die optreedt bij seksuele opwinding (zwelling, lubricatie). Een gezonde vrouw zal bij een seksuele prikkel vochtig worden. Als een gezonde vrouw niet vochtig wordt, dan is er sprake van onvoldoende opwinding. Ze voelt zich niet opgewonden, omdat ze bijvoorbeeld niet adequaat wordt aangeraakt, omdat ze zorgelijke en afleidende gedachten heeft (ruik ik wel fris, wat denkt hij van mijn schaamlippen, ik moet mijn deadline halen, etc.), omdat er angst is voor pijn, omdat de relatie niet lekker loopt, etc.

Een vrouw met een opwindingsprobleem meldt zich dan ook vaak met pijn bij gemeenschap: doordat ze niet opgewonden (genoeg) is, is er (nog) onvoldoende zwelling en lubricatie en dan is gemeenschap pijnlijk.

Soms melden vrouwen zich met de klacht: “Ik heb wel zin, maar er gebeurt zo weinig, terwijl ik toch prettig word aangeraakt, het lijkt of het motortje niet op gang komt.” Er lijkt dan sprake van een verminderde gevoeligheid voor seksuele prikkels. Dit kan veroorzaakt worden door een testosterontekort. Dit kan optreden bij sommige medicijnen (antihypertensiva, antidepressiva,

antipsychotica, hiv-medicatie), chronische ziekte, maar ook na verwijdering of bestraling van de ovaria of chemotherapie in verband met een maligniteit (zie § 12.2). Bij deze klacht kan het zinnig zijn om het testosteron te laten bepalen in een lab dat ook lage waarden van testosteron kan meten.

Slechts bij enkele fysieke aandoeningen is de genitale respons niet mogelijk. Te denken valt aan:

- dwarslaesie;
- neurologisch letsel na uitgebreide gynaecologische chirurgie;
- diabetes mellitus met ernstige complicaties.

12.6.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
   - Maak een onderscheid tussen een subjectieve of een objectieve opwindingsstoornis en maak eventueel een onderscheid met verminderd seksueel verlangen. Dit kan moeilijk zijn.
   - Wat is het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren spelen een rol?
   - Maak eventueel een tijdlijn.

2. Formuleer de hulpvraag
   - Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp?

3. Geef informatie en advies
   - Informeer over het seksuele reageren van de vrouw (voorwaarden voor het ontstaan van verlangen en opwinding, orgasme).
   - Indien aan de orde kan de rol van ziekte, operatie of medicatie toegelicht worden.
   - Indien er sprake is van pijn, kan een pijnverbod worden geadviseerd, dat wil zeggen dat de vrouw geen handelingen verricht of laat verrichten die haar pijn doen.
   - Adviseer niet te stoppen met seksuele activiteit, maar te focussen op de prettige en opwindende aspecten ervan.
   - Het is niet zinvol vrouwen met een subjectieve opwindingsstoornis een glijmiddel voor te schrijven. Dit gaat voorbij aan de oorzaak van het probleem, want er is immers lubricatie mogelijk.

12.6.6 Verwijzen

Wenst de cliënte behandeling, dan kan direct worden doorverwezen. Zo nodig kan, in overleg met de cliënte, de casus worden besproken met het multidisciplinair team. De cliënte wordt daarna uitgenodigd voor een tweede gesprek (bij voorkeur met partner) of alsnog verwezen.

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige relatieproblematiek: via huisarts naar relatietherapeut;
- bij ernstige psychopathologie: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;

- indien lichamelijk onderzoek of aanvullende diagnostiek nodig is of indien er ernstig somatische comorbiditeit of pijn aanwezig is: via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: (eventueel via huisarts) naar haptonoom.

12.7 Aanhoudende lichamelijke opwinding

12.7.1 Definitie

Aanhoudende lichamelijke opwinding: voortdurende, meestal hoogst ongewenste en zéér opdringerige prikkeling van de geslachtsdelen, bij afwezigheid van seksuele interesse of verlangens.

12.7.2 Vragen

In kader 12.7 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 12.7: Vragen tijdens een consult rondom aanhoudende lichamelijke opwinding

- Probleembeschrijving, inclusief duur en beloop?
- Zijn er bijkomende klachten?
- Was er een aanleiding voor de aanvang van de klachten?
- Betekenis voor cliënt?
- Wat is er geprobeerd ter verlichting?
- Zijn er tekenen van bekkenbodemhypertonie (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), fluorklachten, lichamelijke spanningsklachten)?
- Is er sprake van een lichamelijke of psychische aandoening of medicatiegebruik?
- Wat is je hulpvraag?

12.7.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek (door een ervaren arts) is alleen zinnig bij aanwijzingen van bekkenbodemhypertonie.

12.7.4 Probleembeschrijving

Het beeld van het voortdurend aanwezige gevoel opgewonden te zijn zonder genitale stimulatie of lustgevoelens wordt Persistent Genital Arousal Disorder (PGAD) genoemd. Aanvankelijk werd gedacht dat het beeld alleen bij vrouwen optrad, inmiddels zijn er ook mannelijke equivalenten bekend. Er worden verschillende oorzaken voor PGAD genoemd, zoals varices in het kleine bekken en bekkenbodemhypertonie, waarbij de vraag gerechtvaardigd is of de varices mogelijk ontstaan in aanwezigheid van bekkenbodemhypertonie. Soms is er sprake van lichamelijke ziekte of invaliditeit. De intensiteit van de klachten verschilt per persoon. Het beeld wordt als zeer hinderlijk en beschamend ervaren, mede omdat de lichamelijke opwinding kan leiden tot een onwillekeurig orgasme. Masturberen om het gevoel kwijt te raken, werkt averechts. Er zijn ervaringen waarbij behandeling van de varices of behandeling van de bekkenbodemhypertonie verlichting oplevert van het beeld.

Informatie over de aard van het fenomeen en het feit dat de ervaren opwinding niets met lust te maken heeft, kan psychische verlichting geven bij de cliënte. Op internet staat voor patiënten vaak zeer onrustbarende informatie over de aandoening ('gaat nooit over'). Naast dat er in veel gevallen wel degelijk verlichting tot volledige afname van de klachten mogelijk is, leidt de informatie vaak tot toename van angst, spanning en daarmee van de klachten.

12.7.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
   - Ontstaan, beloop, inclusief meespelende factoren.
   - Maak eventueel een tijdlijn.

2. Formuleer de hulpvraag
   - Welke hulp wil je, waarbij?

3. Geef informatie en advies
   - Informeer over het feit dat er geen sprake is van seksuele opwinding of lustgevoelens en over dat masturberen vaak geen verlichting geeft.
   - Informeer over de mogelijke oorzaken van PGAD.

12.7.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- via huisarts naar tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie voor multidisciplinaire behandeling (omdat het vaak een multifactorieel fenomeen betreft);
- bij aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie: (eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut.

12.8 Orgasmestoornis bij mannen: geremd klaarkomen

12.8.1 Definities

Geremd klaarkomen: het tijdens seksuele prikkeling slechts met grote moeite kunnen bereiken van een orgasme en zaadlozing.

Anorgasmie/anejaculatie: het totaal onvermogen een orgasme en zaadlozing te bereiken.

12.8.2 Vragen

In kader 12.8 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

12.8.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek (door een ervaren arts) is alleen zinnig bij aanwijzingen van bekkenbodemhypertonie.

Kader 12.8: Vragen tijdens consult rondom geremd klaarkomen

- Wat is het probleem?
- Heb je ooit een orgasme beleefd?
- Bij een secundair orgasmeprobleem: zie je een aanleiding voor de verandering?
- Is het orgasme vertraagd of is er veel moeite om een orgasme te krijgen?
- Is er wel een orgasme maar beleef je dit niet als hoogtepunt?
- Heb je ooit het gevoel van een 'bijna-orgasme' beleefd?
- Kan er een orgasme zijn bij masturbatie?
- Welke prikkels zijn belangrijk om tot een (bijna) orgasme te komen? Zijn die prikkels aanwezig tijdens seksueel contact?
- Heb je seksuele dromen of fantasieën?
- Zijn er andere seksuele problemen, bij jou of je partner?
- Wat heb je / hebben jullie al geprobeerd?
- Lukt het om de aandacht te blijven richten op het eigen seksuele gevoel?
- Hoe reageert je partner op deze klacht?
- Wat verwacht je van een orgasme?
- Heb je moeite in het algemeen om gevoel te uiten?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), verminderd ejaculaat, pijn onderlijf, andere lichamelijke spanningsklachten)?
- Heb je een ziekte, handicap of gebruik je medicijnen? Operaties onderlijf achter de rug?
- Voel je je vitaal, heb je spierklachten?
- Gebruik je drugs, alcohol?
- Wat is de aanleiding voor het consult? Is er een kinderwens?
- Wat is je hulpvraag?

12.8.4 Probleembeschrijving

Door het uitblijven van het orgasme is het voor mannen mogelijk om langdurig te coïteren. Dit geeft echter onvrede omdat ondanks de inspanning er geen ontspanning en satisfactie volgt. Veelal komen deze mensen pas met een hulpvraag als er kinderwens is. Partners zijn vaak ontevreden en onzeker omdat ze denken tekort te schieten.

Mannen die tijdens coïtus niet een orgasme kunnen bereiken maar bij masturbatie wel, hebben vaak moeite tijdens de solofase van de seksuele responscyclus de aandacht op hun eigen seksuele gevoel te vestigen en/of ze durven de controle niet los te laten.

Er zijn biologische oorzaken aan te wijzen zoals multiple sclerosis of een dwarslaesie, maar ook een testosterontekort. Het gebruik van alcohol, verslavende stimulerende middelen en diverse centraal werkende medicijnen die bij psychiatrische behandeling voorgeschreven worden, zoals antidepressiva, kunnen het klaarkomen remmen of ernstig vertragen (Leusink 2009). Meestal lukt het bij masturbatie ook niet om tot een orgasme te komen.

Er kan sprake zijn van erectiezwakte en daardoor een orgasmestoornis, of van een niet als lustvol ervaren orgasme (anhedonisch orgasme). In beide

gevallen kan dit gepresenteerd worden als orgasmestoornis. Als er wel een orgasmegevoel is, maar geen zaadlozing, dan kan er sprake zijn van een retrograde ejaculatie waarbij het zaad in de blaas terechtkomt door een niet goed werkende blaashalsspier. Dit komt nogal eens voor na urologische operaties, operaties in het kleine bekken of bij diabetes. Ook kan er sprake zijn van bekkenbodemhypertonie.

12.8.5 Plan van aanpak

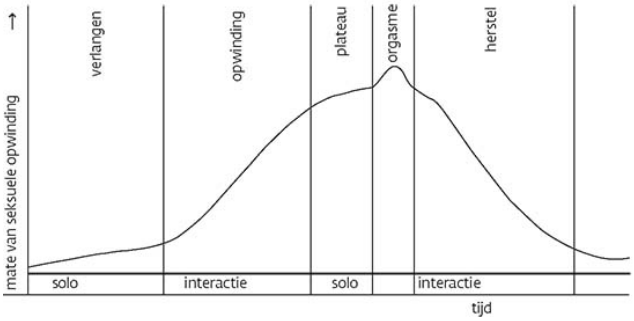
Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
   - Maak een onderscheid tussen een opwindingsstoornis (erectieverlies) en een orgasmestoornis.
   - Beschrijf het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren daarbij een rol spelen.
   - Maak eventueel een tijdlijn

2. Formuleer de hulpvraag
   - Wat is jouw vraag, welke last heb je ervan, wil je verdere hulp en waarbij?

3. Geef informatie en advies
   - Er kan informatie worden gegeven over de seksuele responscurve (zie figuur 12.1) en het belang van het op jezelf durven richten tijdens de solofase van het orgasme.
   - De rol van ziekte, operatie, medicatie of drugs kan toegelicht worden.
   - Bij situatieve orgasmeproblematiek kan het paar geadviseerd worden zich te richten op lustvolle en ontspannen seksuele handelingen zonder prestatiedruk. De man kan gestimuleerd worden zich meer te richten op het eigen genot en te kiezen voor ontspannen posities.
   - In eventueel een tweede gesprek (liefst met partner) kan de cliënt worden gemotiveerd voor verdere sekstherapeutische hulp.
   - Bij een kinderwens kan uitleg gegeven worden over zelfinseminatie.

Figuur 12.1 Seksuele responscurve (Gijs 2009).



12.8.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:
- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;
- indien lichamelijk onderzoek en/of aanvullende diagnostiek (testosteronbepaling) nodig is en/of indien er ernstig somatische comorbiditeit aanwezig is en/of als kinderwens op de voorgrond staat:

via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem: (eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: (eventueel via huisarts) naar haptonoom.

12.9 Orgasmestoornis bij mannen: vroegtijdige zaadlozing

12.9.1 Definities

Er zijn verschillende definities. De meest recente is die van de International Society for Sexual Medicine: “De primaire of levenslange te snelle zaadlozing bij mannen die coïtus hebben, wordt gekenmerkt door een zaadlozing die (bijna) altijd optreedt binnen ongeveer 1 minuut na penetratie en de onmogelijkheid de ejaculatie uit te stellen in de meeste gevallen van penetratie” (Serefoglu 2014).

In andere definities staat het niet ervaren van controle over het moment van de zaadlozing centraal, wordt de duur tot de zaadlozing niet benoemd en wordt geen onderscheid gemaakt tussen primaire of verworven vroegtijdige zaadlozing. De meeste definities vereisen wel dat de snelle zaadlozing leidt tot spanningen, tot vermijding van seksuele activiteiten of ernstig interfereert met de seksuele satisfactie van de man en/of zijn partner.

Kader 12.9: Vragen tijdens consult rondom vroegtijdige zaadlozing

- Wat is het probleem?
- Wat vind je ‘te snel’?
- Hoeveel tijd verstrijkt er tussen het moment van penetreren en zaadlozing?
- Is het mogelijk coïtus te hebben of kom je voor penetratie klaar?
- Wordt de penis slap voor of na de zaadlozing?
- Heb je het probleem altijd al gehad, bij elke partner?
- Heb je ook last bij masturberen?
- Heb je ook last bij stimulatie met de mond of hand?
- Heb je een bevredigd gevoel bij het klaarkomen of herken je het klaarkomen niet?
- Is het “point of no return” voor jou herkenbaar?
- Kun je na een orgasme een tweede erectie krijgen?
- Kun je je richten op je eigen gevoel of ben je vooral bezig met het plezier van je partner?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner en de relatie?
- Zijn er andere seksuele problemen bij jou of je partner?
- Is er ziekte of zijn er aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), verminderd ejaculaat, pijn onderlijf, andere lichamelijke spanningsklachten)?
- Wat heb/hebben je/jullie al geprobeerd om de klacht te verhelpen
- Heb je faalangst?
- Kun je tijd en ruimte voor jezelf creëren in algemene zin?
- Ben je van jezelf een gehaast iemand?
- Heb je gehaast leren masturberen?
- Wat is je hulpvraag?

12.9.2 Vragen

In kader 12.9 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

12.9.3 Onderzoek

Er is geen indicatie voor lichamelijk onderzoek.

12.9.4 Probleembeschrijving

De mediane tijdsduur tussen het moment van penetreren van de vagina tot aan de zaadlozing is ongeveer 5 tot 6 minuten. De variatie is groot, vanaf 1 minuut is gedefinieerd als normaal.

De tijdsduur van een te snelle ejaculatie na het starten van de coïtus (intravaginale ejaculatielatentietijd = IELT) varieert soms van enkele seconden tot binnen 1 minuut. Veelal is het probleem dan aanwezig vanaf de puberteit en bij elke seksuele activiteit. Deze primaire gegeneraliseerde vorm die slechts bij 1-2% van de mannen voorkomt, speelt mogelijk genetische aanleg een rol. Bij de meeste mannen betreft het andere vormen van te snel klaarkomen, waarbij de IELT varieert, er sprake is van verhoogde spanning of prestatiedruk, het snelle klaarkomen niet in elke situatie optreedt of een gevolg is van bijvoorbeeld een prostaatontsteking, bekkenbodemhypertonie of te snel werkende schildklier (secundaire, verworven vormen).

Geslachtshormonen spelen geen rol bij vroegtijdige zaadlozing.

De secundaire vorm kan onder andere worden verklaard doordat bij eerste ervaringen met masturbatie of coïtus er sprake was van gehaaste condities of doordat er forse spanning is rondom seksueel contact door prestatiedruk. Proberen zich te focussen op het uitstellen van het orgasme voert die druk alleen maar op en werkt averechts. Ook herkennen mannen vaak niet hun ‘point of no return’ doordat ze teveel zijn gericht op externe prikkels.

Soms wordt het orgasme als te snel ervaren omdat de wens bestaat om langer te kunnen penetreren vanwege de verwachting dat op deze wijze de vrouwelijke partner een vaginaal orgasme bereikt. Niet altijd is dit de wens van de vrouw zelf. Er is in deze situatie in feite geen sprake van een vroegtijdig orgasme.

Het onderscheid tussen primair (gegeneraliseerd) en secundair is van belang omdat alleen bij de primaire vorm medicamenteuze behandeling geïndiceerd is en de andere vormen een andere behandeling nodig hebben.

Tevens moet onderscheid gemaakt worden tussen erectiezwakte en te snelle zaadlozing: wordt de penis slap voor of na de zaadlozing? Bij grote zorg over een falende erectie kan een vroegtijdige zaadlozing optreden.

Elke vorm van vroegtijdige zaadlozing kan gebaat zijn bij cognitieve gedragstherapie en spanningsreductie.

12.9.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
   - Maak een onderscheid tussen te snel klaarkomen en een erectiestoornis.
   - Beschrijf het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren daarbij een rol spelen.
   - Maak eventueel een tijdlijn.

2. Formuleer de hulpvraag:
   - Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp en waarbij?

3. Geef informatie en advies
   - Geef aan dat spanning een belangrijke factor is, met name bij de situatieve stoornis, maar ook bij de primaire gegeneraliseerde vorm.
   - Bespreek irreële verwachtingen rondom het volhouden van coïtus.
   - Stimuleer de cliënt om de klacht te bespreken met zijn partner. Dit kan enige ontspanning en daarmee verbetering van de klacht geven.
   - De rol van ziekte of bekkenbodem kan zo nodig toegelicht worden.
   - Bij de situatieve of secundaire vorm kan de man geadviseerd worden te oefenen met het herkennen van het point-of-no-return.
   - Bij elke vorm van vroegtijdige zaadlozing kan het paar geadviseerd worden zich te richten op lustvolle en ontspannen seksuele handelingen, waarbij de man gestimuleerd kan worden zich wat meer te richten op het eigen genot en niet op het mogelijk snelle orgasme.
   - Soms volstaat een zelfhulpboek.
   - In een eventueel tweede gesprek (liefst met partner) kan de cliënt worden gemotiveerd voor verdere sekstherapeutische hulp.

12.9.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:
- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;
- indien er sprake is van een primaire vorm of bij lichamelijke comorbiditeit: via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie voor multidisciplinaire behandeling (inclusief zo nodig een bekkenbodemtherapeut) en om eventueel medicatie te verstrekken;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: via huisarts naar haptonoom.

12.10 Orgasmestoornis bij vrouwen

12.10.1 Definitie

Orgasmestoornis bij vrouwen: aanhoudende of terugkerende vertraging of ontbreken van een orgasme, volgend op een fase met een normale seksuele opwinding. Sterk verminderde intensiteit van het orgasme valt hier ook onder.

12.10.2 Vragen

In kader 12.10 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 12.10: Vragen tijdens consult rondom een orgasmestoornis bij vrouwen

- Wat is het probleem?
- Heb je ooit een orgasme kunnen beleven?
- Indien het een secundair orgasmeprobleem betreft: zie je een aanleiding voor de verandering?
- Is je orgasme vertraagd of kost het veel moeite een orgasme te krijgen?
- Is er wel een orgasme maar beleef je dit niet als hoogtepunt?
- Heb je ooit het gevoel van een 'bijna-orgasme' gehad?
- Kun je een orgasme krijgen bij masturberen?
- Zo ja, hoe ervaar je dit: via stimulatie van de vagina, clitoris of beiden?
- Welke prikkels zijn belangrijk om tot een (bijna)orgasme te komen?
- Zijn deze prikkels aanwezig tijdens seksueel contact?
- Ervaar je opwinding tijdens seksueel contact?
- Lukt het om je aandacht te blijven richten op je eigen seksuele gevoel?
- Wat heb je / hebben jullie al geprobeerd?
- Hoe reageert je partner op deze klacht?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner, de relatie?
- Wat zijn je verwachtingen van een orgasme?
- Heb je in het algemeen moeite om je gevoel te uiten?
- Zijn er andere seksuele problemen, bij jou of je partner?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), fluorklachten, andere lichamelijke spanningsklachten)?
- Heb je een ziekte, handicap of is er medicijngebruik?
- Gebruik je drugs, alcohol)?
- Wat was de aanleiding om nu hulp te gaan zoeken?
- Wat is je hulpvraag?

12.10.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek is niet nodig om een diagnose te stellen. Educatief seksuologisch onderzoek door een ervaren verpleegkundige of door een arts(-seksuoloog NVVS) kan zinvol zijn als de vrouw onjuiste of gebrekkige kennis heeft over haar eigen lichaam en/of om bekkenbodemhypertonie te constateren (zie de bijlage 'Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw'). Laboratoriumonderzoek is niet zinvol.

12.10.4 Probleembeschrijving

Het vermogen een orgasme te bereiken is afhankelijk van leeftijd, seksuele ervaring en de adequaatheid van de seksuele stimulatie. Iemand met een gezond lijf is in principe in staat een orgasme te bereiken. Het is een individuele zoektocht, in een niet-restrictieve setting, naar welke prikkels (in de vorm van beelden, aanrakingen en eventuele andere opwindende elementen) die kunnen leiden tot opwinding en een orgasme. Bij primaire anorgasmie zou je daarom kunnen spreken van pre-orgasmie: iemand heeft nog niet geleerd klaar te komen.

De meerderheid van de vrouwen komt via stimulatie van de glans clitoris klaar. Slechts een minderheid van de vrouwen kan tijdens coïtus tot een

orgasme komen. Bespreek of de vrouw zelf het uitblijven van een orgasme als een probleem ervaart. Soms kan de reden van de hulpvraag zijn dat de mannelijke partner zich insufficiënt voelt of seksuele eisen aan de vrouw stelt.

Er zijn verschillende oorzaken mogelijk.

- *Psychologische factoren*: Onervarenheid kan samengaan met inadequate stimulatie evenals onbekendheid met of schaamte voor masturbatie. Andere factoren kunnen zijn: schuldgevoelens ten aanzien van seks, gebrek aan assertiviteit, onvoldoende in staat zijn eigen seksuele opwinding waar te nemen of te verdragen, zich niet kunnen focussen op zichzelf, angst voor controleverlies tijdens orgasme, verlegenheid bij cliënte om de partner uit te leggen op welke manier ze graag gestimuleerd wil worden tijdens het vrijen.
- *Relationele factoren*: Partnerrelatieproblemen of het moeilijk kunnen communiceren over de eigen voorwaarden voor voldoende opwinding kunnen meespelen bij de klacht. Ook het seksueel minder aantrekkelijk zijn/ervaren van de partner kan een rol spelen.
- *Biologische factoren*: Neurologische aandoeningen zoals beschadiging van ruggenmerg, centrale zenuwstelsel of perifere zenuwen door trauma, tumor of multiple sclerosis. Gebruik van antidepressiva (SSRI's) en andere psychofarmaca.

12.10.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
   - Maak een onderscheid tussen een opwindingsstoornis en een orgasmestoornis.
   - Beschrijf het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren daarbij een rol spelen.
   - Maak eventueel een tijdlijn.

2. Formuleer de hulpvraag
   - Wat is jouw vraag, welke last heb je er van, wil je verdere hulp en waarbij?

3. Geef informatie en advies
   - Er kan informatie worden gegeven over de seksuele responscurve (zie figuur 12.1) en het belang van het op jezelf durven richten tijdens de solofase van het orgasme.
   - De rol van ziekte, operatie of medicatie kan toegelicht worden.
   - Bij primaire anorgasmie kan de cliënte gestimuleerd worden op zoek te gaan naar beelden en aanrakingen die opwindend voor haar zijn.
   - Bij situatieve orgasmeproblematiek kan het paar geadviseerd worden zich te richten op lustvolle en ontspannen seksuele handelingen zonder de prestatiedruk en kan de vrouw gestimuleerd worden zich wat meer te richten op het eigen genot.
   - In een eventueel tweede gesprek (liefst met partner) kan de cliënte, worden gemotiveerd voor verdere sekstherapeutische hulp.

12.10.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;

- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling;
- bij somatische comorbiditeit: via huisarts naar arts-seksuoloog in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem: (eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties en moeite met voelen: (eventueel via huisarts) naar haptonoom.

12.11 Pijn bij het vrijen (dyspareunie)

12.11.1 Definitie

Dyspareunie: terugkerende of aanhoudende genitale pijn, voor, tijdens en/of na de coïtus bij vrouw of man. Pijn samenhangend met anale penetratie valt hier ook onder.

12.11.2 Vragen

In kader 12.11 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 12.11: Vragen tijdens consult rondom pijn bij het vrijen

- Wat is het probleem?
- Sinds wanneer heb je pijn?
- Zijn er periodes zonder pijn geweest?
- Waar zit de pijn precies? Heb je oppervlakkige pijn of diepe pijn aan of in de vagina of anus? Heb je de pijn alleen bij penetratie of ook onder andere omstandigheden?
- Heb je alleen pijn of is er ook sprake van verkramping?
- Lukt het om tampons of een vinger in te brengen, vroeger en nu?
- Wat heb je / hebben jullie geprobeerd om het probleem op te lossen?
- Gebruik je glijmiddel?
- Kunnen jullie ook op andere manieren vrijen dan penetratie?
- Ervaar je zin in seksueel contact?
- Heb je plezier in seksueel contact? Zo niet, waarom niet?
- Raak je opgewonden? Wat werkt goed en wat niet?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), fluorklachten, verminderd ejaculaat, pijn onderlijf, andere lichamelijke spanningsklachten)?
- Kun je de klacht met een levensgebeurtenis in verband brengen?
- Speelt perfectionisme bij jou een rol?
- Hoe reageert je partner op de klacht?
- Zijn er relatieproblemen?
- Wat is de betekenis van de klacht voor jou, je partner, de relatie
- Heb je negatieve ervaringen gehad met aanraken of seksualiteit?
- Heb je ooit psychische problemen (eetstoornis, angsten) gehad?
- Ben je gezond, gebruik je medicijnen?
- Wat is je hulpvraag?

12.11.3 Onderzoek

Bij de vrouw
Bij oppervlakkige pijn wordt er in ieder geval gekeken naar eventuele genitale pathologie (rode plekjes passend bij provoked vulvodynia (PVD, vroeger VVS geheten, zie probleembeschrijving), fissuurtjes, andere huidafwijkingen, anatomische problemen, tumor).

Bij voldoende ervaring van de arts kan het onderzoek uitgebreid worden met een touchtest en een onderzoek naar de controle en spierspanning van de bekkenbodem. Bij voorkeur kijkt de vrouw mee met een handspiegel, er is dan sprake van educatief seksuologisch onderzoek (zie de bijlage 'Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw').

Bij diepe pijn kan door een arts met voldoende ervaring eventueel vaginaal toucher en speculumonderzoek verricht worden.

Bij de man
De arts kijkt of er aanwijzingen zijn voor genitale/urologische pathologie (phimosis, te kort frenulum, harde plaques, huidafwijkingen, tumor).

Bij diepe pijn kan door een arts met voldoende ervaring eventueel rectaal toucher en proctoscopie verricht worden.

12.11.4 Probleembeschrijving

Bij de vrouw
Dyspareunie is bij vrouwen de meest geuite seksuele klacht. Er is altijd sprake van een vicieuze cirkel: pijn leidt tot bekkenbodemspanning en verminderde seksuele opwinding (lubricatie) waardoor coïtus pijnlijk is. Bij een volgende coïtus anticipeert de vrouw op de pijn, zal ze haar bekkenbodem aanspannen zijn, wordt ze minder opgewonden, etc. Meestal is niet goed te achterhalen waar de vicieuze cirkel begon: bij de pijn, een probleem met het seksueel verlangen of opwinding of het aanspannen van de bekkenbodemspieren (vaginistische reactie).

Er worden 2 soorten pijn onderscheiden: *oppervlakkige* en *diepe* pijnklachten.

Bij *oppervlakkige pijn* bij vrijen ontstaat bij het binnengaan van de penis in de vagina pijn in het vestibulum (vulva). Meestal wordt oppervlakkige pijn bij het vrijen veroorzaakt door vrijen zonder opwinding en/of een verhoogde bekkenbodemspierspanning, soms door terugkerende schimmelinfecties of huidziektes (eczeem, lichen sclerosus) en slechts zelden door anatomische afwijkingen. Een verhoogde bekkenbodemspierspanning kan ook een gevolg zijn van pijn.

In de hoop dat de pijn uiteindelijk weggaat, gaan veel vrouwen door met het hebben van pijnlijke gemeenschap en uiteindelijk ontstaat het beeld van provoked vulvodynia (PVD, eerder ook focale vulvitis en vulvair vestibulitis syndroom (VVS) genoemd), dat gekenmerkt wordt door rode plekjes in het vestibulum, meestal ongeveer op 5 en 7h, die bij elke aanraking een typerend branderig, schrijnend gevoel geven. Gebrek aan opwinding en verhoogde bekkenbodemspanning zijn in stand houdende factoren.

Doordat PVD zowel lichamelijke als psychologische en relationele oorzaken heeft, is een vijfsporenbeleid nodig met de aandacht voor de huid van het

vestibulum, de bekkenbodem, de psychische gesteldheid van de cliënte, seksualiteit en de relatie.

Bekkenbodemhypertonie als oorzaak van pijn staat niet op zichzelf. Perfectionisme, de neiging tot alsmaar volhouden en vele andere psychische problemen, kunnen leiden tot verhoogde spierspanning, zo ook in de bekkenbodem. Maar ook lichamelijke problemen, zoals chronische darmziekte, bindweefsel- en gewrichtsziekten of een lichamelijke handicap, kunnen gepaard gaan met bekkenbodemhypertonie.

In alle gevallen kan er sprake zijn van gegeneraliseerde bekkenbodemhypertonie, met naast dyspareunie ook klachten van mictie (frequent plassen, niet goed uit kunnen plassen), defecatie (obstipatie, buikklachten, spastische darm) en vaginale afscheiding.

Diepe pijn wordt ervaren bij diep doorstoten in de vagina tijdens de coïtus. Er moet rekening gehouden worden met somatische oorzaken: obstipatie, uterusmyomen, ovariumcysten of endometriose (baarmoederslijmvlies in schedewand of buikholte). Deze moeten uitgesloten worden, zeker bij secundaire pijnklachten. Onvoldoende opwinding kan ook leiden tot diepe pijn, door het ontbreken van het zogenaamde tenting effect, waarbij de uterus zich wat opricht en de vagina dieper wordt.

Bij de man
Mannen met dyspareunie kunnen als actieve partij tijdens of na coïtus of anale penetratie last hebben van een te kort toompje (frenulum) of een te nauwe voorhuid (phimosis). Bij wat oudere mannen kan er sprake zijn van verlittekening van de penisschacht (ziekte van Peyroni) met kromstand tot gevolg (zie deeldraaiboek 14).

Pijn tijdens anale penetratie kan bij de passieve partner voorkomen door onvoldoende (bekkenbodem)ontspanning, aandoeningen van het anusslijmvlies, zoals scheurtjes en soa In aansluiting op letsel van het kwetsbare slijmvlies van de anus ontstaat verhoogde spierspanning, wat het probleem in stand houdt.

Ook bij mannen kan er sprake zijn van een gespannen bekkenbodem, met dezelfde psychische en lichamelijke oorzaken en symptomen als bij de vrouw. De pijn wordt dan vaak diffuser aangegeven, in de buik, het scrotum, de liezen of billen. Ook kan er sprake zijn van pijn tijdens het orgasme. De klachten kunnen ook optreden in het kader van een erectie- of orgasmeprobleem, waarbij de man probeert het probleem op te heffen door de spieren van o.a. de bekkenbodem aan te spannen.

Zowel mannen als vrouwen met dyspareunie kunnen in een vicieuze cirkel van pijn, angst voor pijn en minder zin in seks terechtkomen.

12.11.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
    - Beschrijf het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief, diep/oppervlakkig) en welke factoren daarbij een rol spelen.
    - Maak eventueel een tijdlijn.

2. Formuleer de hulpvraag
   - Wat is jouw vraag, welke last ervaar je, wil je verdere hulp en waarbij?

3. Geef informatie en advies
   - Informeer over de voorwaarden voor pijnloze gemeenschap: voldoende opwinding en een ontspannen bekkenbodem. Vraag door over de mate van opwinding, omdat veel vrouwen en mannen het lastig vinden nuances daarin te herkennen.
   - Bespreek de vicieuze cirkel van anticipatie op de pijn, met minder opwinding en hogere bekkenbodemspanning.
   - Adviseer het kenbaar maken van de pijn en benadruk het belang van stoppen met pijnlijke handelingen (penetratieverbod). Op die manier kan de vicieuze cirkel doorbroken worden.
   - Stimuleer het koppel aandacht te blijven besteden aan lichamelijk contact met allerlei prettige seksuele handelingen anders dan penetratie. Zo kan er weer ruimte komen voor plezierige seksuele ervaringen, waarbij ook weer opwinding kan ontstaan.
   - De rol van ziekte of bekkenbodem kan zo nodig toegelicht worden.
   - Adviseer de algemene hygiënemaatregelen en de pijnlijke plekjes te verzorgen met lanette FNA crème, door het *heel licht* in te masseren.
   - Er kan een tweede gesprek aangeboden worden. In dat gesprek (liefst met partner) kan de cliënt worden onderzocht (bij voldoende ervaring door de arts seksuele gezondheid) en kan de cliënt, indien nodig, worden gemotiveerd voor verdere sekstherapeutische hulp.

12.11.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:
- bij een tekort frenulum of phimosis: via huisarts naar uroloog (zie ook deeldraaiboek 14);
- indien aanvullend lichamelijk onderzoek en/of aanvullende diagnostiek nodig is en/of indien er ernstig somatische comorbiditeit aanwezig is, of bij het beeld van PVD: naar arts-seksuoloog NVVS in tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie voor multidisciplinaire behandeling;
- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem: (eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut (liefst in combinatie met seksuoloog). Let op dat de bekkenfysiotherapeut kennis heeft van seksualiteit en dat er niet invasief gewerkt wordt;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: (eventueel via huisarts) naar haptonoom;
- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling.

12.12 Vaginisme

12.12.1 Definitie

Vaginisme: terugkerend of aanhoudend onwillekeurige samentrekkingen van de spieren van het onderste derde deel van de vagina op het moment van (dreiging van) penetratie.

12.12.2 Vragen

In kader 12.12 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 12.12: Vragen tijdens consult rondom vaginisme

- Wat is het probleem?
- Sinds wanneer heb je deze klacht?
- Was er een aanleiding om hulp te zoeken?
- Is penetratie eerder wel gelukt, zonder pijn of verkramping? Zie je een aanleiding voor de verandering?
- Durf je tampons te gebruiken? Durf je een vinger in te brengen?
- Durf je zelf naar je vagina te kijken? Durf je je vagina aan te raken?
- Mag je vagina aangeraakt worden?
- Is ooit (inwendig) onderzoek gedaan door een arts?
- Herken je verkramping van je bekkenbodem, weet je wat dat is?
- Hoe vrijen jullie, proberen jullie tijdens het vrijen steeds te penetreren?
- Kun je de seksuele responscurve doorlopen (verlangen, opwinding, orgasme)?
- Durf je intiem te zijn en te strelen en te vrijen?
- Heb je plezier in seksueel contact?
- Wat betekent de klacht voor jou, je partner, de relatie?
- Hebben jullie een kinderwens?
- Heb je negatieve seksuele ervaringen?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie (mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), fluorklachten, andere lichamelijke spanningsklachten)?
- Ben je gezond, gebruik je medicatie?
- Heb je in het verleden ziekten of operaties gehad?
- Heb je ooit psychische problemen gehad, eetstoornissen?
- Wat is je hulpvraag?

12.12.3 Onderzoek

Lichamelijk onderzoek tijdens het consult seksuele gezondheid is niet nodig om een diagnose te stellen of een oorzaak te achterhalen, tenzij er anamnestisch aanwijzingen zijn dat er een lichamelijke oorzaak voor het onvermogen tot gemeenschap is. Sporadisch kan er sprake zijn van een stug maagdenvlies of aangeboren afwijkingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen zoals een schotje in de vagina.

12.12.4 Probleembeschrijving

Vaginisme wordt beschouwd als een seksuele pijnstoornis. Veelal is er sprake van primair vaginisme, waarbij er nooit gemeenschap mogelijk is geweest en binnengaan van de vagina met vingers, tampon of speculum eveneens onmogelijk is. Als een vrouw wel een gynaecologisch onderzoek kan ondergaan, maar geen coïtus, of vice versa, wordt gesproken van een situatieve vaginistische reactie.

Een vaginistische reactie is een geconditioneerde reactie op een ‘bedreigende’ stimulus van buiten, zoals een penis, vinger, tampon of speculum. De vrouw spant onwillekeurig haar bekkenbodemspieren aan. Bij een heftige vaginistische reactie spant ze in sommige gevallen ook bovenbeen- en lange rugspieren aan. De ervaren bedreiging kan samenhangen met negatieve ervaringen, met sterke ideeën of angsten over seksualiteit of penetratie en/of met lichamelijke afwijkingen.

Vaginistisch reagerende vrouwen kunnen heel tevreden zijn over hun seksuele relatie, evenals de partner. Hulp wordt vaak pas ingeroepen als er kinderwens is. Na een partus kan de vaginistische reactie nog steeds optreden. Een deel van de vrouwen voelt zich insufficiënt. Vaak is er als gevolg van het probleem minder zin in vrijen en/of zijn er opwindingsstoornissen.

12.12.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

1. Formuleer het probleem
   - Beschrijf het probleem (primair/secundair, gegeneraliseerd/situatief) en welke factoren daarbij een rol spelen.
   - Maak eventueel een tijdlijn.
   - Bespreek eventuele actuele kinderwens.

2. Formuleer de hulpvraag
   - Wat is jouw vraag, welke last ervaar je, wil je verdere hulp en waarbij?

3. Geef informatie en advies
   - Leg de werking uit van de bekkenbodem en wat de relatie is met voor de vrouw bedreigende situaties, zodat zij begrijpt wat er gebeurt bij seksueel contact.
   - Leg uit dat herhaalde mislukkende pogingen om te penetreren de verkrampingsreactie alleen maar versterken.
   - Stimuleer het koppel aandacht te blijven besteden aan lichamelijk contact met allerlei prettige seksuele handelingen anders dan penetratie. Zo kan er weer ruimte komen voor plezierige seksuele ervaringen, waarbij ook weer opwinding kan ontstaan.
   - Leg uit dat bekkenfysiotherapie kan helpen, maar alleen als er ook aandacht is voor de (psychische of lichamelijke) achtergrond van de hypertonie en alleen in combinatie met seksuologische hulp.
   - Bij actuele kinderwens: leg uit dat ondanks vaginisme het mogelijk is om kinderen te krijgen, door middel van zelfinseminatie. Tracht cliënte te motiveren naar een seksuoloog NVVS te gaan voor begeleiding.

12.12.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- bij niet-complexe problematiek zonder bijkomende somatische of psychische problemen: (eventueel via huisarts) naar vrijgevestigde (eerstelijns) seksuoloog NVVS;
- bij ernstige relatieproblematiek: (eventueel via huisarts) naar relatietherapeut;
- bij complexe problematiek met bijkomende somatische problematiek: via huisarts naar (arts-)seksuoloog in tweede- of derdelijns polikliniek seksuologie waar multidisciplinair wordt gewerkt;
- bij ernstige psychopathologie en/of andere seksuologische problemen: via huisarts naar seksuoloog NVVS in tweedelijns GGZ-instelling of tweede- of derdelijns (academische) polikliniek seksuologie;
- indien er sprake is van kinderwens of een verzoek tot lichamelijk onderzoek: via huisarts naar arts-seksuoloog NVVS in tweedelijns polikliniek seksuologie;
- bij het (leren) focussen op lichamelijke sensaties: (eventueel via huisarts) naar haptonoom;

- indien begeleiding nodig is bij ontspanning van de bekkenbodem: (eventueel via huisarts) naar bekkenfysiotherapeut (alleen in combinatie met seksuoloog). Let op dat de bekkenfysiotherapeut kennis heeft van seksualiteit en dat er niet invasief gewerkt wordt.

12.13 Parafilie

Kader 12.13: Vragen tijdens consult rondom parafilie

- Wat is het probleem?
- Wat is de inhoud van je verlangens?
- Sinds wanneer heb je deze verlangens?
- Waar is je seksueel-erotische focus op gericht?
  - Wil jij je geslachtsdelen tonen aan nietsvermoedende vreemden?
  - Voel jij je seksueel aangetrokken tot niet-levende objecten zoals schoenen of lingerie?
  - Wil je zonder instemming tegen een ander aanwrijven of de ander aanraken?
  - Heb je seksueel erotische gevoelens voor een kind jonger dan een puber of jonger dan 13 jaar?
  - Wil je vernederd, geslagen, vastgebonden of gepijnigd worden?
  - Wil je een ander geestelijk of lichamelijk lijden toebrengen?
  - Wil je kleding van de andere sekse dragen?
  - Wil je zonder toestemming bij seksuele activiteiten, uitkleden of naakt zijn van anderen toekijken?
  - Zijn er andere personen of objecten waar je opgewonden van wordt?
- Waar word je het meest opgewonden van?
- Kan je ook zonder die specifieke focus opgewonden raken en tot een orgasme komen?
- Breng jij je wens in de praktijk? Zo ja, hoe doe je dat?
- Doe je dat alleen of betrek je daar anderen bij?
- Heeft de ander daar een keus in?
- Worden de (parafiele) verlangens als ‘horend bij jezelf’ of als ‘wezensvreemd, niet horend bij jezelf’ ervaren?
- Hoe voel jij je over je verlangens?
- Hoe intensief ben je met de parafilie bezig? Hoe vaak doe je het?
- Wat zijn de gevolgen?
- Heb je een partner?
- Is je partner op de hoogte van je verlangens en wat vindt je partner van je verlangens?
- Kun je jouw verlangens inbouwen in het seksueel contact met je partner?
- Weet iemand van je verlangens? Hoe wordt er op gereageerd?
- Lukt het je om (steeds) veilig te vrijen?
- Hoe functioneer je in het dagelijks leven, in je vriendenkring, op school of werk?
- Heb je lichamelijke of psychische problemen?
- Heb je aangeboren aandoeningen?
- Is er suïcidegevaar?
- Gebruik je (overmatig) alcohol of drugs?
- Heb je ooit strafrechtelijke bemoeienis gehad?
- Vind je zelf dat je gevaar loopt, zowel lichamelijk als juridisch?
- Is er gevaar voor anderen?
- Wat is je hulpvraag?

12.13.1 Definitie

Parafilie: terugkerende seksueel opwindende fantasieën, seksuele impulsen en gedragingen betreffende:

- niet-menselijke objecten;
- het lijden of vernederen van zichzelf of de partner;
- kinderen of andere niet-instemmende personen.

12.13.2 Vragen

In kader 12.13 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

12.13.3 Lichamelijk onderzoek

Alleen ter inventarisatie van eventueel lichamelijk letsel als gevolg van parafiele uitingen.

12.13.4 Probleembeschrijving

Het ontstaan van parafilieën is vooralsnog niet eenduidig bekend. De oorsprong van een parafile voorkeur kan al in de vroege jeugd liggen. Parafilie komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. De DSM-5 benoemt een aantal vaker voorkomende parafilieën. Bij een parafilie kan de seksuele opwinding echter gekoppeld zijn aan elk te bedenken object, handeling of lichaamskenmerk (zie tabellen 12.2 en 12.3).

Tabel 12.2 DSM-classificatie van parafilieën.

Categorie	Seksueel-erotische focus
Exhibitionistische stoornis	het tonen van de geslachtsorganen aan een nietsvermoedende vreemdeling
Fetisjistische stoornis	niet-levende objecten (schoenen, lingerie)
Frotteuristische stoornis	zonder instemming aanraken en wrijven tegen een andere persoon
Pedofiele stoornis	prepubertair kind of jonger dan 13 jaar
Seksueel masochistische stoornis	vernederd, geslagen, vastgebonden of anderszins gepijnigd worden
Seksueel sadistische stoornis	toebrengen van psychisch of lichamelijk lijden bij een slachtoffer
Transvestisch fetisjistische stoornis	dragen van kleding van de andere sekse
Voyeuristische stoornis	zonder toestemming kijken naar andere(n) bij seksuele activiteiten, uitkleden of naakt zijn

Tabel 12.3 Andere gespecificeerde parafiele stoornissen vallend buiten de vorige.

Categorie	Seksueel-erotische focus
Telefoonscatologie	obsceniteiten over de telefoon
Necrofilie	lijken
Partialisme	lichaamsdeel
Zoölogie	dieren
Coprofilie	ontlasting
Urofilie	urine
Klismafilie	rectaal inbrengen van vloeistof

De kans op het ontwikkelen van een parafiele stoornis is groter naarmate er meer voorwaarden voor een gezonde seksuele ontwikkeling ontbreken. De belangrijkste voorwaarden zijn: een warm nest waarin veilige hechting mogelijk was, positieve boodschappen over relaties, intimiteit en seksualiteit en leeftijdsspecifieke seksuele ervaringen. Binnen een gezonde seksuele ontwikkeling wordt de lichamelijke seksuele respons langzamerhand gekoppeld aan een positieve seksuele en intieme context. Bij het ontbreken van bovenstaande positieve voorwaarden, kan de fysieke seksuele respons gekoppeld worden aan elk denkbaar object, handeling of persoonskenmerk van (positieve of negatieve) aandacht. Conditionering en het ontbreken van ‘corrigerende’ leeftijdsspecifieke ervaringen lijken hierbij een rol te spelen. Bij een parafilie is het specifieke object, handeling of persoonskenmerk een absolute voorwaarde voor seksuele opwinding en staat in feite los van de persoon met wie het seksuele contact plaatsvindt. Een parafilie kan egosyntoon zijn (ervaren als passend bij de persoon) of egodystoon (ervaren als wezensvreemd).

De DSM-5 maakt een onderscheid tussen parafiele verlangens en een parafiele stoornis. Bij een parafiele stoornis veroorzaakt het gedrag, het seksueel verlangen of de fantasieën duidelijk lijden in het sociale of beroepsmatig functioneren of op een belangrijk ander gebied. Als anderen zonder consensus bij het parafiele gedrag betrokken worden, is lijdensdruk geen noodzakelijke voorwaarde en wordt de diagnose parafiele stoornis ook gesteld.

Als een specifieke voorkeur zonder grote problemen ingebouwd kan worden in de seksualiteit of het seksueel contact, is er sprake van parafiele voorkeur, niet van een stoornis. Er hoeft dan geen hulpvraag te bestaan. Voorstelbaar is echter dat naarmate het object, de handeling of het persoonskenmerk meer noodzakelijk is voor opwinding en naarmate deze verder weg staat van de ‘gebruikelijke’ seksuele prikkels, het inbouwen in seksueel contact moeilijker is.

Veel cliënten die lijden aan een parafilie houden deze stoornis geheim voor hun omgeving/partner. De geheimhouding kan leiden tot angsten en depressieve gevoelens en stressgerelateerde klachten. Er bestaan in veel gevallen schuld- en schaamtegevoelens en ook gevoelens van onmacht en angst voor toenemende oncontroleerbaarheid van het gedrag. Deze strijd kan leiden tot een toenemende fixatie op de verlangens en zal over het algemeen gepaard gaan met veel spanningen die op hun beurt weer leiden tot

compenserend gedrag als alcoholmisbruik of depressie, maar ook tot problemen binnen de relatie en op het werk.

De parafilie kan ten koste gaan van andere levensgebieden, omdat men steeds meer bezig is met seksuele activiteiten of het onderdrukken ervan. Dit kan leiden tot verlies van partner, vrienden en/of familie. Ook kunnen er als gevolg van deze stoornis financiële problemen ontstaan door bijvoorbeeld veelvuldig prostitutiebezoek, internetverslaving en telefoonseks.

Cliënten en hun eventuele sekspartners kunnen lichamelijk letsel oplopen door de aard en de frequentie van hun seksueel gedrag en kunnen seksueel overdraagbare aandoeningen oplopen. Worden mensen tegen hun wil betrokken bij een parafilie dan kan dit leiden tot traumatisering van de slachtoffers en tot justitiële gevolgen.

12.13.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige seksuele gezondheid doen?

- Probeer een beeld te krijgen van de aard van de parafilie en de consequenties voor het dagelijks leven.
- Realiseer je dat het voor veel cliënten moeilijk is (direct) open te zijn over hun verlangens.
- Lijdensdruk is niet altijd aanwezig; vaak speelt druk uit de omgeving een rol in het zoeken van hulp.
- Neem een open en niet-veroordelende attitude aan ten opzichte van het verhaal van de cliënt en toon begrip voor de impact van het probleem op de cliënt en zijn/haar eventuele partner.
- Probeer een onderscheid te maken tussen parafiele voorkeuren en een parafiele stoornis.
- Maak onderscheid tussen verlangens en gedrag en maak duidelijk dat verlangens vrij zijn en de uitingen niet per definitie problematisch hoeven te zijn.
- Inventariseer eventuele risico's voor de cliënt en/of diens partner en bespreek deze open met de cliënt.
- Indien er sprake is van parafiel gedrag waarbij niet-instemmende personen betrokken zijn, wees dan duidelijk over de strafbaarheid en probeer de cliënt te motiveren tot het zoeken van hulp.
- Probeer met cliënt de hulpvraag te verhelderen. Is de lijdensdruk of de druk uit de omgeving groot en wil de cliënt daar wat aan doen? Of wil de cliënt de parafilie zo goed mogelijk vormgeven in zijn/haar leven?

12.13.6 Verwijzen

De volgende verwijzingen zijn mogelijk:

- indien er sprake is van een parafiele stoornis en/of (potentiële) niet-instemmende slachtoffers: via huisarts naar gespecialiseerde GGZ met seksuoloog NVVS of naar derdelijns (academische) polikliniek seksuologie waar multidisciplinair wordt gewerkt;
- indien er vragen zijn over de vormgeving van parafiele verlangens, zonder dat er sprake is van grote lijdensdruk of niet-instemmende slachtoffers: naar psychotherapeut/seksuoloog NVVS met specifieke kennis op dit gebied.

Referenties

- Gijs L 2013. Waarheen met de parafilieën in DSM-5? *Tijdschrift voor Seksuologie* 37(4):148-159.
- Gijs L, Gianotten W, Vanwesenbeeck I, Weijenborg PH 2009. Seksuologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Instructies voor de Zelf Inseminatie Methode (geraadpleegd 8-1-2017).
- Kedde H 2012. Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. *Tijdschrift voor Seksuologie* 36(2):98-108.
- Leusink, P 2009. Seksuele bijwerkingen van geneesmiddelen bij een man (geraadpleegd 8-1-2017).
- Leusink P, Ramakers M 2014. Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- NHG-Patiëntenbrief 2008. Dagboeken bij erectieproblemen (geraadpleegd 10-1-2017 via http://seksueledisfuncties.nl/).
- NHG-werkgroep Seksuele klachten. NHG-standaard Seksuele klachten (eerste herziening) (geraadpleegd 2-3-2016).
- Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, Althof SE, Shindel A, Adaikan G, Becher EF, Dean J, Giuliano F, Hellstrom WJG, Giraldi A, Glina S, Incrocci L, Jannini E, McCabe M, Parish S, Rowland D, Segraves RT, Sharlip I, Torres LO 2014. An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the Second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *Sexual Medicine* 2(2):41–59.
- van Zessen G 2016. Vat van de zelfwaardering (geraadpleegd 9-1-2017).

Bijlage
Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw

Doel van het onderzoek:

- Informatie krijgen over de huid rondom de ingang van de vagina (vestibulum)
- Informatie krijgen over de rusttonus van en de controle over de bekkenbodem
- Informatie geven over anatomie van de vulva en vagina en over de conditie van de huid, bewustzijn vergroten bij de cliënte over de bekkenbodem

Het onderzoek wordt verricht bij klachten van pijn bij gemeenschap en vaginistisch reageren of bij aanwijzingen voor gegeneraliseerde bekkenbodemhypertonie.

Belangrijke voorwaarden bij het onderzoek:

- Zorg voor een verwarmde onderzoekskamer, die eventueel afgesloten kan worden of waar een scherm of gordijn er voor zorgt dat de cliënte niet direct zichtbaar is met ontkleed onderlichaam als iemand onverwacht binnen komt.
- Zorg dat de onderzoekstafel zo afgesteld staat dat de cliënte haar benen enigszins kan ontspannen in de stoel (beensteunen niet te wijd) en zij niet hoeft te reiken met haar hoofd om mee te kijken (kussentje in de nek, rugleuningvoldoende rechtop). Zo kan de bekkenbodem zoveel mogelijk ontspannen.
- Zorg ervoor dat de cliënte enige controle kan ervaren door aan te geven dat zij het onderzoek te allen tijde kan stoppen.
- Laat cliënte meekijken met een handspiegel, dan kan er sprake zijn van educatie.

Het onderzoek zelf:
Het onderzoek bij dyspareunie/VVS-PVD (provoked vulvodynie)/vaginistische klachten/BBH (bekkenbodemhypertonie) bestaat uit:

1. hands-off inspectie van vulva en perineum;
2. inspectie van vestibulum en introïtus met spreiden van de binnenste schaamlippen;
3. de touchtest;
4. palpatie van het perineum;
5. vaginale palpatie van de musculus pubococcygeus (diepe bekkenbodemspier) (facultatief).

1. Hands-off inspectie van vulva en perineum
Bij hands-off inspectie van vulva en perineum kan een ingetrokken perineum of een opstaand randje dorsaal van de commissura posterior een eerste aanwijzing zijn voor het bestaan van hypertonie/overactiviteit van de bekkenbodem. Vervolgens kan de vrouw gevraagd worden haar bekkenbodemspieren aan te spannen en los te laten, eventueel in tweede instantie met het geven van de instructie ‘te doen alsof u plas en ontlasting ophoudt’ en vervolgens ‘iets mee te persen’. Op deze wijze krijgt men een

indruk over aan- en/of afwezigheid van bekkenbodemspiergevoel ('awareness') en de mogelijkheid tot bewuste controle. Bij een bekkenbodem met normale tonus en goede controle is het mogelijk om door aanspannen en loslaten het perineum 1 à 2 cm heen en weer te bewegen.

2. Inspectie van vestibulum en introïtus met spreiden van de binnenste schaamlippen
Let bij inspectie van de vulva met spreiden van de binnenste schaamlippen (voorzichtig, vermijd aanraken van vestibulum) op laesies/afwijkingen van het vulvaire epitheel en beoordeel vooral het vestibulum. Bij PVD/VVS zijn diep in het vestibulum, in de fossa vestibularis, soms (dus niet altijd!) kleine rode plekjes te zien. Afwezigheid van rode plekjes sluit de diagnose PVD/VVS niet uit. Kleine fissuurtjes in de commissura posterior zijn meestal het gevolg van mechanische wrijving bij 'unaroused intercourse' en/of gebrek aan relaxatie.

3. Touchtest
Raak de huid rondom de ingang van de vagina voorzichtig, zonder uitoefenen van druk, aan met een al of niet bevochtigde wattenstaaf. Bij PVD/VVS meldt cliënte, mét of zónder rode plekjes, dan de typerende branderige pijn die bij cliënten zonder PVD/VVS ontbreekt. Een positieve touchtest in combinatie met chronische oppervlakkige dyspareunie en vulvodynie bij elke vorm van aanraken ('provoked') is bewijzend voor de diagnose PVD/VVS.

4. Palpatie van het perineum
Om een gedetailleerder oordeel te vormen over het mogelijk bestaan van overactiviteit van de bekkenbodemspieren is specifiek bekkenbodemonderzoek zinvol. Palpeer hierbij het perineum terwijl de cliënte gevraagd wordt de bekkenbodem zo goed mogelijk te ontspannen. Indien men een soepele weerstand voelt, is er sprake van maximale relaxatie. Is er sprake van een vast aanvoelend perineum, dan is er sprake van verhoogde spierspanning van de bekkenbodemspieren.

5. Vaginale palpatie van de musculus pubococcygeus (facultatief)
Na de uitwendige beoordeling van de bekkenbodem kan vaginale palpatie van de musculus pubococcygeus (een deel van de levator ani) volgen. Vermijd hierbij pijn, omdat een pijnlijk onderzoek de pijncirkel bekrachtigt.

Verricht dit deel van het onderzoek niet als cliënte aangegeven heeft dat zij niet (zonder pijn) een vinger of tampon in kan brengen. Zonder dit onderdeel is al heel veel informatie over de bekkenbodem verkregen.

Plaats een van glijmiddel voorziene vinger tegen de hymenaalring en vraag cliënte om tegen deze vinger aan te persen; de introïtus wordt dan door de 'persparadox' iets verwijd. Breng voorzichtig de vinger 3-4 cm in. Daarna is persen niet meer nodig en wordt de cliënte gevraagd maximaal te ontspannen ('los te laten'). Beweeg de ingebrachte vinger vervolgens naar dorsolateraal, waar op 5 en 7 uur het dikste gedeelte van de musculus pubococcygeus loopt. Bij volledige relaxatie is er dan geen weerstand of hoogstens een elastische weerstand te voelen. Zijn de bekkenbodemspieren gespannen, dan voelt men een vaste of zelfs harde rand, die niet zelden ook drukpijnlijk is.

Vraag vervolgens om de bekkenbodemspieren aan te trekken, even vast te houden en direct weer zoveel mogelijk te ontspannen. Lukt dit niet, dan heeft de vrouw kennelijk geen bewuste controle. Lukt enig aanspannen wel, maar kan ze niet volledig relaxeren terwijl ze zelf het idee heeft maximaal te ontspannen, dan is er sprake van hypertonie.

Bij een overactieve bekkenbodem lukt het de cliënte niet om, bij de instructie aan te spannen en vast te houden, dit aanspannen langer dan enkele seconden vol te houden of er treedt ‘twitching’ op, een onwillekeurig trillen van vermoeide musculatuur. De mogelijkheid bestaat ook dat de vrouw op de instructie om te ontspannen, ongewild de bekkenbodemspieren nog meer aanspant. Dit wordt ‘paradoxaal bekkenbodemgedrag’ genoemd.

Bespreek het onderzoek na met cliënte, met aandacht voor hoe zij het onderzoek ervaren heeft en wat jouw bevindingen zijn.

Bron: Protocol Educatief en Seksuologisch 0nderzoek bij Dyspareunie/VVS-PVD/Vaginistische klachten/BBH, Rik van Lunsen 2012

13. Seksuele oriëntatie en genderidentiteit

Vastgesteld LOI-SG: 13 januari 2026

Inhoud deeldraaiboek 13

13.1 Terminologie 229
13.2 Problemen met de seksuele oriëntatie 231
13.2.1 Definitie 231
13.2.2 Vragen 233
13.2.3 Probleembeschrijving 233
13.2.4 Mogelijke problemen 235
13.2.5 Plan van aanpak 236
13.2.6 Verwijzen 237
13.3 Transgender personen en genderincongruentie 237
13.3.1 Definitie 237
13.3.2 Vragen 238
13.3.3 Probleembeschrijving 239
13.3.4 Mogelijke problemen 241
13.3.5 Plan van aanpak 242
13.3.6 Verwijzen 242
Referenties 243

13.1 Terminologie

Er is de laatste jaren steeds meer maatschappelijke aandacht voor inclusiviteit en diversiteit van o.a. de seksuele oriëntatie en genderidentiteit. Met inclusiviteit wordt getracht stereotyperingen te doorbreken, (voor)oordelen te vermijden en iedereen bij de ‘norm’ te betrekken. Dit alles heeft als doel om tot een gelijkwaardige samenleving te komen waarin eenieder zich kan herkennen en zich welkom voelt.

In dit hoofdstuk worden verschillende begrippen gebruikt wat betreft de seksuele oriëntatie en de genderidentiteit. Het is goed om te realiseren dat taalgebruik omtrent seksuele oriëntatie en genderidentiteit aan continue maatschappelijke verandering onderhevig is. De in dit hoofdstuk gebruikte definities staan weergegeven in tabel 13.1 en tabel 13.2. De weergegeven definities zijn een simplificatie van de werkelijkheid en zijn daarom geenszins volledig of exclusief.

Dit deeldraaiboek richt zich niet op hulpverlening rond intersekse. Toch is het belangrijk om basiskennis hierover te hebben. Daarom is deze term opgenomen in de begrippenlijst in tabel 13.2. Intersekse gaat over de ervaring van geboren worden met een lichaam wat niet overeenkomt met het beeld dat de meeste mensen hebben van man en vrouw. Intersekse zegt daarmee niets over iemands seksuele oriëntatie of genderidentiteit. Net als bij niet-intersekse personen zijn de meeste intersekse personen heteroseksueel en hebben een mannelijke of vrouwelijke genderidentiteit. Ook kunnen zij, net als niet-intersekse mensen, een andere seksuele oriëntatie hebben of zich als

transgender identificeren. Doordat zij lichamelijk al afwijken van de norm die de maatschappij heeft, zullen zij vaker nadenken over hun genderidentiteit en seksualiteit. Intersekse mensen hebben het meest last van het maatschappelijk taboe en discriminatie (Marinus 2024).

Tabel 13.1 Begrippenlijst rondom seksuele oriëntatie*

Begrip	Omschrijving
Biseksueel	Iemand die zich aangetrokken voelt tot personen van beide geslachten (en/of genders)
Heteroseksueel	Iemand die zich overwegend aangetrokken voelt tot iemand van het andere geslacht (en/of gender)
Homoseksueel of lesbisch	Iemand die zich overwegend aangetrokken voelt tot iemand van het eigen geslacht (en/of gender)
Lhb+	Personen die lesbisch, homo, biseksueel, queer of aseksueel zijn, die een ander label gebruiken of die nog niet weten wat hun seksuele oriëntatie is
Seksuele oriëntatie	Term die betrekking heeft op het geslacht (of het gender) van de personen op wie iemand verliefd wordt, tot wie men zich seksueel aangetrokken voelt en/of met wie men een relatie of seks heeft
Seksuele identiteit of zelfbenoeming	Hoe iemand over zichzelf denkt (zelfbeeld) als seksueel wezen en dat al dan niet deelt met hun omgeving

* Gebaseerd op: Raaijmakers 2019, De Graaf 2024.

Tabel 13.2 Begrippenlijst rondom gender en genderidentiteit*

Begrip	Omschrijving
Cisgender	Beschrijvende term voor een persoon van wie het toegewezen geboortegeslacht overeenkomt met de genderidentiteit
Crossdressing (of *drag*)	Het dragen van kleding en aannemen van de genderrol, die in de betreffende cultuur meer past bij die van het andere geslacht
Gender	Eigenschappen, gedrag en normen die sociaal-cultureel als mannelijk of vrouwelijk zijn gecategoriseerd
Genderbevestigende (of cross-sekse) hormonen	Hormonen waarvan toediening hiervan ervoor zorgt dat het uiterlijk meer overeenkomt met de genderidentiteit
Genderdiversiteit	Overkoepelende term voor variatie in genderidentiteiten
Genderdysforie	Klachten en ongemak die worden veroorzaakt door genderincongruentie
Genderexpressie	Wijze waarop iemand zich wat betreft gender naar buiten toe presenteert, bijvoorbeeld in naamgebruik, kleding, gedrag, haarstijl of stem
Genderidentiteit	Het gender waartoe iemand zichzelf rekent, zoals man, vrouw of non-binair
Genderincongruentie	Discrepantie tussen het toegewezen geboortegeslacht en de genderidentiteit (deze term wordt vooral in een medische context gebruikt en is opgenomen in de ICD-11)

Begrip	Omschrijving
Intersekse	Beschrijvende term voor de ervaringen van mensen geboren met een lichaam wat niet overeenkomt met wat in de maatschappij als mannelijk of vrouwelijk wordt gezien (bijvoorbeeld door de samenstelling van chromosomen, hormonen en andere geslachtskenmerken). Dit kan bij de geboorte al zichtbaar zijn of later in het leven duidelijk worden, zoals bij het uitblijven van menstruatie, het niet kunnen krijgen van kinderen, of bij een medisch onderzoek
Non-binair	Beschrijvende term voor iemand die zich niet thuis voelt in de binaire categorieën man of vrouw, maar zich beter voelt bij een non-binaire genderidentiteit.
Sekse of geslacht	Het bij geboorte toegewezen of na geslachtsaanpassing aangenomen geslacht
Sociale transitie	Proces waarbij een transgender persoon diens sociale leven gaat leiden zodat het meer overeenkomt met de genderidentiteit
Trans man, trans jongen (of: transgender man, transgender jongen)	Persoon met een mannelijke (of overwegend mannelijke) genderidentiteit, waarbij bij de geboorte een ander geslacht is toegewezen
Trans vrouw, trans meisje (of: transgender vrouw, transgender meisje)	Persoon met een vrouwelijke (of overwegend vrouwelijke) genderidentiteit, waarbij bij de geboorte een ander geslacht is toegewezen
Transgender	Beschrijvende term voor een persoon waarbij de genderidentiteit niet overeenkomt met het toegewezen geboortegeslacht
Transitie	Alle interventies en acties die nodig zijn voor een transgender persoon om meer te gaan leven in overeenstemming met de genderidentiteit

* Gebaseerd op: Claahsen 2023, Coleman 2022, Kastelijn 2020, Marinus 2024, Raaijmakers 2019. NB. Taalgebruik omtrent genderidentiteit verandert geregeld. Voor een actuele beschrijving van termen gebruikt rondom gender en genderidentiteit, zie bijvoorbeeld de website van Transgendernetwerk en de website van Transvisie.

13.2 Problemen met de seksuele oriëntatie

13.2.1 Definitie

Met seksuele oriëntatie worden de gevoelens van romantische en/of seksuele aantrekkingskracht tot een andere persoon bedoeld. Soms wordt dit gesplitst in seksuele oriëntatie (tot wie je je seksueel aangetrokken voelt) en romantische oriëntatie (op wie je verliefd wordt en met wie je een liefdesrelatie aan zou gaan). Deze komen namelijk vaak overeen, maar niet altijd. In dit deeldraaiboek wordt onder seksuele oriëntatie ook romantische aantrekking verstaan, tenzij anders vermeld.

Er is de laatste jaren steeds meer maatschappelijke aandacht voor inclusiviteit en diversiteit van de seksuele oriëntatie. Seksuele oriëntatie wordt doorgaans gebaseerd op het geslacht van de partner(s) in vergelijking met die van de cliënt zelf. Iemand kan echter ook aantrekkingskracht voelen op basis van de genderexpressie, of andere kenmerken van de ander. Het toegewezen geboortegeslacht en de genderidentiteit van zowel de cliënt zelf als dat van de seksuele partner spelen een rol in de huidige benaming en zijn in de huidige

definitie van seksuele oriëntatie nog niet volledig meegenomen (zie ook paragraaf 13.3). Bovengenoemde oriëntaties zijn dan ook geenszins compleet of exclusief (Huijnk 2022). Om in dit deeldraaiboek een inclusieve beschrijving mogelijk te maken wordt hier voor oriëntaties die niet exclusief heteroseksueel zijn de term 'lhb+' gehanteerd.

Problemen bij de seksuele oriëntatie kunnen ontstaan wanneer de cliënt bijvoorbeeld twijfelt over de eigen seksuele en/of romantische verlangens ten aanzien van andere personen. De cliënt kan lijden onder, al dan niet geïnternaliseerde, oordelen (binnen de directe omgeving, de cultuurreligieuze peergroup of de bredere maatschappelijke omgeving). De problemen kunnen zich voordoen op drie dimensies: (seksuele) aantrekking, gedrag en zelfbenoemig. Dit kan op alle gebieden tegelijk, maar ook op elk gebied afzonderlijk.

Kader 13.1: Vragen tijdens consult rondom problemen met de seksuele oriëntatie

- Wat is je vraag? Welke hulp zou je willen?
- Waar loop je tegenaan?
- Wat zijn de kenmerken van de persoon/personen die centraal staat/staan in je seksuele verlangens/fantasieën, je seksuele gedrag en je behoefte aan intimiteit/relatievorming?
- Hoe was dat vroeger, hoe is het nu?
- Wat vind je van jezelf, hoe zou je zelf je seksuele verlangens benoemen?
- Hoe denk je dat jouw omgeving je ziet?
- Weet je omgeving van je verlangens en hoe wordt daar op gereageerd?
- Heb je (intieme, seksuele) ervaringen met andere mensen?
- Ben je op dit moment verliefd?
- Kun je aangeven waarom je op die persoon verliefd bent?
- Uit die verliefdheid zich ook in (sterke) seksuele verlangens naar die persoon?
- Weet je of de verliefdheid wederzijds is?
- Heb je al eens seksueel contact gehad met deze persoon?
- Hoe zie je de toekomst in relatie tot je seksuele gevoelens?
- Heb je problemen met je seksuele oriëntatie of het label dat anderen aan je kunnen geven? Zo ja, welke problemen?
- Sinds wanneer ervaar je deze problemen?
- Wat betekent dat in je dagelijkse leven, school, werk?
- Heb je eerder hulp gezocht?
- Hoe zou je jezelf op dit moment geestelijk typeren: evenwichtig/onevenwichtig, somber/vrolijk?
- Hoe is het met je stemming? Heb je depressieve gevoelens en/of suïcidale gedachten naar aanleiding van je gevoelens?
- Gebruik/misbruik je alcohol, kalmerende middelen (of antidepressiva), slaapmiddelen, pijnstillers en/of drugs? Zie je zelf een relatie tussen dit gebruik en je seksuele verlangens?
- Heb je te maken (gehad) met uitsluiting of (seksueel) geweld?

13.2.2 Vragen

In kader 13.1 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. Er kan ook gebruik worden gemaakt van de SexQ tool om het gesprek over seksualiteit en genderidentiteit aan te gaan (Bungener 2022).

13.2.3 Probleembeschrijving

Prevalentie

Naar schatting ervaart 4-6% van de Nederlandse bevolking (ook) romantische en/of seksuele gevoelens voor personen van dezelfde sekse. Aantrekking tot beide seksen komt ongeveer even vaak voor als aantrekking tot alleen dezelfde sekse. De mate van aantrekkingskracht naar anderen varieert enorm per persoon, en kan ook in de tijd variëren. Er bestaan verschillende benaderingen om seksuele oriëntatie te omschrijven. Een daarvan is de categoriale benadering, waarbij er wordt uitgegaan van aantrekking tot één of beide seksen. In de continue benadering wordt gebruik gemaakt van een spectrum, waarbij vragen worden gesteld als ‘ik voel me meestal aangetrokken tot’. De meeste mensen herkennen zich beter in de continue dan in de categoriale benadering van seksuele oriëntatie. De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor seksuele fluïditeit, waarbij de seksuele oriëntatie aan verandering onderhevig kan zijn. Indien de continue benadering wat betreft een lhb+oriëntatie wordt gehanteerd, kunnen prevalentiecijfers oplopen tot 10% van de Nederlandse bevolking (Huijnk 2022, Raaijmakers 2019).

Seksuele oriëntatie is dus niet per definitie een vaststaand gegeven. Er is sprake van een continuüm, op elk van de eerdergenoemde dimensies. Iemand kan verlangens hebben voor iemand van de eigen sekse, maar geen seksueel contact of liefdesrelatie met een partner van dezelfde sekse ambiëren. Ook hebben deze verlangens lang niet altijd invloed op de zelfbenoeming van de cliënt. Het is daarom goed om als hulpverlener een open houding te hebben, de gevoelens en vragen van de cliënt te exploreren en deze zelf te laten definiëren. Het is ook goed te weten dat 9% van de lhb+jongeren hun seksuele oriëntatie niet wenst te definiëren om niet in een hokje geplaatst te worden (Huijnk 2021, Raaijmakers 2019).

Ontwikkeling van de seksuele oriëntatie

Er bestaan verschillende modellen om de ontwikkeling van de seksuele oriëntatie te beschrijven. Bezwaar tegen deze modellen is dat ze de ontwikkeling beschrijven als een lineair proces met vaste volgorde met als uitkomst een vaststaande seksuele oriëntatie. In elk van de modellen worden mijlpalen benoemd, zoals het besef dat men zich aangetrokken voelt tot dezelfde of beide seksen, verwarring daarover, zelfidentificatie, seksueel gedrag, coming out en acceptatie. De volgorde waarin elk van deze aspecten binnen een persoon aan de orde komt en de betekenis die eraan gehecht wordt, kan enorm verschillen. Er kan aan de cliënt gevraagd worden welke aspecten en mijlpalen zijn ervaren door de cliënt zelf en op welke manier, zodat recht gedaan wordt aan deze verschillen.

Over het algemeen wordt aangenomen dat een predispositie voor een lhb+oriëntatie aangeboren is. Over de oorzaken daarvan bestaan diverse biologische en psychologische theorieën. Aangezien de onderzoeksuitkomsten niet eenduidig zijn en omdat kennis van de oorzaken niet van wezenlijk belang is voor de benadering van cliënten, wordt hier niet verder ingegaan op deze theorieën.

Voor de meeste jongeren geldt dat ze zich vanaf hun 12e-15e jaar voor het eerst seksueel aangetrokken voelen tot iemand; soms treedt dit vroeger op (Bakker 2014). De ontdekking van en eventuele twijfel over de seksuele oriëntatie en zelfbenoeming zijn niet altijd eenvoudig voor de cliënt. Bij sommige jongvolwassenen ontstaan problemen waarvoor ze professionele hulp nodig hebben, vaak door een afwijzende houding vanuit de sociale omgeving. Angst voor het oordeel van de omgeving hangt voor een deel af van de eigen sociaal-culturele en religieuze achtergrond. Binnen Nederland zijn er wat dat betreft grote verschillen.

Psychosociaal welzijn
De kans op verminderd psychisch en fysiek welzijn is voor lhb+jongeren groter dan voor heteroseksuele jongeren. Dit komt waarschijnlijk doordat zij minderheidsstress ervaren. Dit is een specifieke vorm van stress die voortkomt uit het behoren tot een gestigmatiseerde ‘minderheid’ in de maatschappij, zoals lhb+ zijn of een migratieachtergrond hebben (Joemmanbaks 2024). Ook door leeftijdgenoten wordt diversiteit in de seksuele oriëntatie niet altijd geaccepteerd. Lhb+jongeren worden vaker gepest en voelen zich vaker ongelukkig dan heteroseksuele jongeren, al is dit de afgelopen jaren voor beide groepen wel verbeterd (Huijnk 2021). Coping en het hebben van een steunend sociaal netwerk kunnen juist beschermend werken (Joemmanbaks 2024).

Lhb+jongens krijgen vaker te maken met seksuele grensoverschrijding: 33% van de lhb+jongens ten opzichte van 20% van de jongens met een heteroseksuele oriëntatie. Voor meisjes is dit 55% waarbij er geen verschil is te zien tussen meisjes met een lhb+oriëntatie en meisjes met een heteroseksuele oriëntatie (De Graaf 2017). Fysiek seksueel geweld komt ook vaker voor bij mensen met een lhb+oriëntatie, waarbij vrouwen met een biseksuele oriëntatie het vaakst slachtoffer zijn (34%). Vrouwen met een lesbische of heteroseksuele oriëntatie en mannen met een een homo- of biseksuele oriëntatie krijgen in min of meer gelijke mate te maken met fysiek geweld (~12%). Mannen met een heteroseksuele oriëntatie zijn het minst vaak slachtoffer van fysiek seksueel geweld (3%) (Huijnk 2022).

Andere mogelijke problemen met de seksuele gezondheid kunnen bijvoorbeeld problemen met integratie van intimiteit en seksualiteit zijn, onder andere ten gevolge van een minder vanzelfsprekend lopende seksuele ontwikkeling.

Er bestaan sekseverschillen in de seksuele oriëntatie. Van de mensen met een lhb+oriëntatie zijn mannen vaker uitsluitend georiënteerd op de eigen sekse en vrouwen vaker in bepaalde mate op beide seksen (Huijnk 2022). Verder bestaan er binnen de lhb+gemeenschap gezondheidsverschillen. Over het algemeen hebben personen met een seksuele oriëntatie op meerdere seksen (bijvoorbeeld biseksualiteit) een lager niveau van welzijn dan personen met een oriëntatie op één sekse: zij houden vaker hun seksuele oriëntatie geheim, denken negatiever over hun eigen seksualiteit en hebben minder vaak contact met peers uit de eigen gemeenschap. Dit laatste wordt gezien als onderdeel van de oorzaak voor de onderlinge verschillen in welzijn. Daarnaast hebben zij vaker te maken met negatieve vooroordelen vanuit zowel de eigen gemeenschap als de omgeving (Baams 2021, Huijnk 2022).

Seksuele oriëntatie en omgeving
Openheid naar de omgeving over de seksuele oriëntatie kan iemand houvast geven om een volwaardige levensstijl te ontwikkelen. Voor een deel van de mensen, bijvoorbeeld mensen met een migratie- of religieuze achtergrond, gaat dit minder goed op (Huijnk 2022). Zij voelen niet altijd de gelegenheid hun seksuele oriëntatie als een zichtbaar onderdeel van de eigen persoonlijke identiteit te tonen. Vanwege de angst voor de reactie van de omgeving wordt de seksuele oriëntatie soms lang geheim gehouden voor de buitenwereld, wat een belangrijke factor is voor het ontstaan van problemen. Gemiddeld vertellen jongeren voor het eerst tussen de 16 en 17 jaar over hun gevoelens; de coming-out. Het is goed om te realiseren dat de coming-out geen eenmalig event is, maar dat mensen om uiteenlopende redenen regelmatig opnieuw hun coming-out (moeten) doen (EUFRA 2020, Huijnk 2021). Ongeveer een derde van alle lhb+personen houdt de seksuele oriëntatie helemaal geheim voor de buitenwereld. Daarom is het zinvol uit te gaan van de eigen wensen en mogelijkheden van de hulpvrager. Wat wil de hulpvrager met de eigen seksuele verlangens, welke plek moet dat in het eigen leven krijgen, en hoe open wil deze persoon daarover zijn naar anderen?

13.2.4 Mogelijke problemen

Onzekerheid ten opzichte van de seksuele oriëntatie
Twijfel over de seksuele oriëntatie kan grote onzekerheid en eenzaamheid opleveren, in de puberteit, maar ook op latere leeftijd. Seksueel misbruik door iemand van hetzelfde geslacht kan verwarring geven over de eigen seksuele oriëntatie.

Negatief zelfbeeld
Acceptatie- en waarderingsproblemen kunnen leiden tot een negatief zelfbeeld. Iemand is zich bewust van de eigen seksuele oriëntatie, maar slaagt er niet in om deze oriëntatie als positief of neutraal te waarderen.

Verlies van sociale contacten
Door coming-out lopen sommige mensen de kans het bestaande sociale netwerk en steun te verliezen, in het bijzonder binnen etnische en religieuze gemeenschappen waarin men sterk afwijzend kan staan tegenover een lhb+oriëntatie.

Psychische problemen
Door het samenspel van problemen met de seksuele oriëntatie en negatieve reacties uit de omgeving kunnen ernstige persoonlijke problemen ontstaan. Uit onderzoek blijkt dat eenzaamheid, depressie, sociale fobie, automutilatie, middelenmisbruik, overmatig alcoholgebruik en suïcidaliteit vaker voorkomen onder lhb+personen ten opzichte van personen met een heteroseksuele oriëntatie (Huijnk 2022). Deze ernstige psychische problematiek blijkt vaak ontkend en onderschat te worden, ook door lhb+personen zelf.

Vormgeving seksuele oriëntatie
Vragen rondom de vormgeving van de seksuele oriëntatie kunnen zich aandienen. Hoe en waar vind ik mijn gewenste seksuele en relatiepartners? Hoe zoek ik mijn weg binnen de verschillende subculturen die er bestaan? Ga ik voor een duurzame relatie? Hoe ga ik om met mijn eventuele kinderwens? Hoe beweeg ik mij in een maatschappij waar ik niet overal geaccepteerd word?

Specifieke problemen rondom biseksualiteit
Mensen met een biseksuele oriëntatie kunnen tegen specifieke problemen aanlopen. Een biseksuele oriëntatie wordt niet altijd serieus genomen in de omgeving en is vaak onzichtbaar in de maatschappij, zeker als men in een heteroseksuele relatie zit. Biseksuele personen kunnen het lastig vinden om open te zijn over hun oriëntatie. Ook kunnen ze te maken krijgen met vooroordelen omdat ze niet aan de monoseksuele norm (uitsluitend georiënteerd op één sekse) voldoen, van mensen zowel buiten als binnen de lhb+gemeenschap. Mogelijk is mede daardoor de biseksuele groep psychisch minder gezond en heeft een ongezondere leefstijl dan andere personen binnen de lhb+gemeenschap (Baams 2021, Huijnk 2022).

(Seksueel) geweld en grensoverschrijding
Verminderde weerbaarheid, als gevolg van sociaal isolement en een negatief zelfbeeld, maakt lhb+jongeren kwetsbaarder voor (seksueel) geweld en seksuele grensoverschrijding. Maar ook lhb+volwassenen kunnen te maken krijgen met zeer bedreigende vormen van lhb+gerelateerd geweld. Een negatieve reactie van de omgeving op non-genderconform gedrag en op openbare uitingen van een lhb+voorkeur speelt hierin een rol. Cijfers van ervaringen met (seksueel) geweld variëren van 50% onder biseksuele vrouwen tot 25% onder homomannen (CBS 2020).

Seksuele problemen
Mensen met een lhb+oriëntatie beleven evenveel plezier aan seks en hebben evenveel seksueel zelfvertrouwen als mensen met een heteroseksuele oriëntatie. En, net als bij heteroseksuele personen, kunnen zich problemen voordoen ten aanzien van onzekerheid over het uiterlijk en de seksuele prestaties. Naarmate er een groter psychisch welbevinden is, is de seksbeleving positiever en zijn er minder seksuele problemen (bij mannen voornamelijk erectiestoornissen, bij vrouwen verminderd verlangen en pijn bij vrijen). Seksueel contact zonder condoom komt vaker voor bij mannen die seks hebben met mannen (De Graaf 2017). Dit, in combinatie met een hogere prevalentie van soa en hiv in deze groep en bij anale seks een grotere overdrachtskans hiervan, maakt dat zij een grotere kans hebben op het oplopen van soa en hiv.

Specifieke problemen bij personen met een lhb+oriëntatie binnen een heteroseksuele relatie
Een lhb+oriëntatie binnen de context van een heteroseksuele relatie kan specifieke problemen met zich meebrengen. Bijvoorbeeld als iemand in een heteroseksuele relatie erachter komt biseksuele gevoelens te hebben, of als iemand er bewust voor kiest een heteroseksuele relatie aan te gaan ondanks homoseksueel of lesbisch te zijn, vanwege angst voor negatieve reacties. Als problematische gevoelens voor dezelfde of beide seksen tijdens een heteroseksuele relatie aanwezig zijn, dan spreekt men van orpheusproblematiek. Andere problemen die veel voorkomen, hebben te maken met openheid naar de buitenwereld.

13.2.5 Plan van aanpak

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

- De meeste hulpvragen hebben te maken met verwarring over de eigen seksuele oriëntatie. Neem een open houding aan en doe geen aannames.
- Richt je niet direct op oplossingen, maar laat de cliënt het eigen verhaal doen en exploreer samen vragen en problemen.

- Taalgebruik kan belangrijk zijn. Vraag hoe iemand zichzelf ziet en zichzelf benoemt. Niet iedereen wenst de oriëntatie te definiëren en niet bij iedereen komen gedrag en aantrekking overeen met zelfbenoeming.
- Wees alert op signalen van (seksueel) geweld.

13.2.6 Verwijzen

Zo nodig kan een tweede gesprek volgen om de hulpvraag uitgebreider te verhelderen en/of informatie en advies te geven en/of de cliënt te motiveren voor verwijzing en verdere hulp en/of adressen of websites aan te reiken, zoals:

- COC: Nederlandse belangenorganisatie voor integratie en acceptatie van seksuele en genderdiversiteit;
- Switchboard: activiteiten over en voor personen met seksuele en genderdiversiteit;
- Iedereenisanders.nl: website voor jongeren met informatie en tips over 'anders' zijn;
- Biplus.nl: website voor personen die zich aangetrokken voelen tot meer dan één geslacht of gender;
- Orpheushulpverlening.nl: landelijke vereniging voor hulpverlening bij een lhb+oriëntatie binnen een heteroseksuele relatie;
- Stichting Mind/korrelatie: contact met een hulpverlener bij psychische problematiek rondom seksualiteit.

Specifiek voor jongeren:

- Sense.info: allerlei vragen rondom seks en seksualiteit voor jongeren met een specifiek deel voor lhb+personen;
- Jong en out: community opgericht door COC met o.a. peer-support voor jongeren over seksuele diversiteit en genderdiversiteit;
- Praten online: online contact voor jongeren die zich angstig, somber of gespannen voelen; extra aandacht voor personen in de lhb+community;
- Pestweb: website die je kan helpen als je gepest wordt om bijvoorbeeld je seksuele oriëntatie;
- Expreszo: online lhb+magazine met als focus jongeren;
- Outway: ondersteuning en peer-support voor jongeren middels bijvoorbeeld een buddysysteem en een zomerkamp.

Overige organisaties:

- bij psychische comorbiditeit en/of seksuele problematiek: verwijzen naar huisarts en eventueel naar tweedelijns GGZ met affiniteit voor seksuele en genderdiversiteit: rozeinwit.nl;
- bij suïcidale gedachten: 113 zelfmoordpreventie;
- bij problematisch middelengebruik: via huisarts naar verslavingszorg, eventueel attenderen op de websites van chemsex.nl en mainline.nl indien (vooral) middelengebruik tijdens seks.

13.3 Transgender personen en genderincongruentie

13.3.1 Definitie

De term 'transgender persoon' geldt in het algemeen voor mensen bij wie hun genderidentiteit (het gender waartoe iemand zichzelf rekent) niet overeenkomt met het toegewezen geboortegeslacht. Dit is een parapluterm. Het gaat om een continuüm van het gevoel geheel, gedeeltelijk of soms, man of vrouw, of noch man of vrouw te zijn. Onder die laatste categorie valt ook

de term ‘non-binair’ die letterlijk ‘niet-tweeledig’ (in dit geval: niet man of vrouw) betekent. Dit in tegenstelling tot personen waarbij de genderidentiteit wel overeenkomt met het geboortegeslacht, ook wel ‘cisgender’ genoemd. De manier waarop personen hun genderidentiteit aan de omgeving laten zien wordt genderexpressie genoemd (Claahsen 2023).

In de DSM-5 wordt de diagnose genderdysforie gehanteerd als er een duidelijke incongruentie bestaat tussen de genderidentiteit en het toegewezen geboortegeslacht, de symptomen minimaal 6 maanden bestaan, en als de aandoening zorgt voor aanzienlijk lijden en stress op diverse of alle levensgebieden. De World Health Organisation (WHO) hanteert sinds 2019 de ICD-11 term genderincongruentie. Tevens is het onderwerp genderincongruentie verplaatst van het hoofdstuk ‘geestelijke gedragsproblemen’ naar ‘aandoeningen binnen de seksuele gezondheid’. Redenen hiervoor zijn onder andere het normaliseren van genderincongruentie zonder het te beschouwen als een uiting van mentale ziekte en het verminderen van stigma’s rondom gendervraagstukken (American Psychiatric Association 2013, WHO 2019).

Transgender personen kunnen dus last hebben van genderincongruentie. Dit is echter niet noodzakelijk. Als hier wel klachten en ongemak door worden ervaren (genderdysforie) kan dit zich op veel verschillende manieren uiten. Bijvoorbeeld in een sterke wens behandeld te worden als zijnde van het andere geslacht, de genderexpressie aan te passen aan het andere geslacht, of de wens tot (permanente) aanpassing van de geslachtskenmerken.

13.3.2 Vragen

Rondom genderidentiteit kunnen zich tijdens het consult seksuele gezondheid de volgende problemen en/of vragen aandienen:

- twijfel en verwarring over eigen genderidentiteit en vragen met betrekking tot normaliteit;
- vragen naar informatie over genderidentiteit en genderincongruentie;
- moeite met acceptatie en vraag om hulp bij het onderdrukken van de gevoelens;
- vragen naar informatie over de mogelijkheden tot genderbevestigende behandeling;
- vragen met betrekking tot seksualiteit.

Het is belangrijk om te benoemen dat met vraagstukken rondom seksualiteit hier niet per definitie seksuele oriëntatie wordt bedoeld. Transgender personen die last hebben van hun genderincongruentie kunnen ook problemen ervaren bij seksuele intimiteit met zichzelf dan wel andere personen door bijvoorbeeld afkeer van het eigen lichaam.

In kader 13.2 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. Daarnaast kan er gebruik worden gemaakt van de SexQ tool om het gesprek over seksualiteit en genderidentiteit aan te gaan (Bungener 2022).

Kader 13.2: Vragen tijdens consult rondom problemen met genderidentiteit

- Wat zijn je voornaamwoorden? (bijvoorbeeld hij/hem, zij/haar, die/diens, hen/hun)
- Hoe zou jij je genderidentiteit beschrijven?
- Ben je tevreden met je uiterlijk?
- Sinds wanneer heb je deze gevoelens? Hoe is dat voor je?
- Waar loop je tegen aan?
- Heb je ooit eerder met iemand over je gevoelens en twijfels gesproken?
- Weet je omgeving van je gevoelens en verlangens?
- Zijn je gevoelens duidelijk voor jezelf of twijfel je over je eigen genderidentiteit?
- Wat is je vraag? Welke hulp zou je willen?
- Heb je behoefte dat de buitenwereld jou ziet zoals je je voelt?
- Zou jij veranderingen willen aan je uiterlijk zodat deze (beter) past bij je genderidentiteit?
- Wat zou je dan willen aanpassen of veranderen?
- Heb je een partner? Hoe is je relatie?
- Weet je partner dit? Wat is zijn/haar/hun reactie?
- Hoe voel je je over seksueel contact (met anderen)?
- Weet je op wat voor soort personen je valt?
- Hoe gaat het met je op school of op je werk?
- Heb je te maken (gehad) met uitsluiting of (seksueel) geweld?
- Ben je wel eens depressief of angstig door je gevoelens en twijfels?
- Denk je er wel eens aan om je leven te beëindigen?
- Gebruik je (overmatig) alcohol en/of drugs?
- Is er sprake van co-morbiditeit (genetisch, hormonaal, cerebraal, psychologisch, cognitief)?

13.3.3 Probleembeschrijving

De afgelopen jaren is er vanuit maatschappelijk oogpunt steeds meer aandacht voor inclusie en diversiteit, ook op het gebied van genderidentiteit. Er wordt geschat dat 3,9% van de Nederlanders een genderidentiteit heeft die niet of niet volledig past bij het toegewezen geboortegeslacht. Het is goed om te realiseren dat de hierna genoemde definities aan continue maatschappelijke verandering onderhevig zijn (Huijnk 2022, Kuyper 2017).

Momenteel wordt globaal onderscheid gemaakt tussen de volgende categorieën: binair transgender, non-binair en crossdressing.

Binair transgender (trans man, trans vrouw)
Bij binair transgender personen is, net als bij non-binaire personen, de genderidentiteit niet in overeenstemming met het toegewezen geboortegeslacht. De genderidentiteit bij binaire transgender personen is gewoonlijk tegenovergesteld aan het geboortegeslacht (bijvoorbeeld: een trans vrouw heeft een mannelijk toegewezen geboortegeslacht, maar identificeert zich als vrouw; een trans man heeft een vrouwelijk toegewezen geboortegeslacht, maar identificeert zich als man). Er wordt geschat dat ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking zich als transgender persoon identificeert, waarbij het aandeel trans vrouwen iets hoger is dan het aantal trans mannen (Heida 2023).

Non-binair (o.a. agender, genderfluïde, genderqueer)
Personen die zich identificeren als non-binair hebben een genderidentiteit die niet of niet geheel te vatten is binnen de binaire categorieën 'man' en 'vrouw'. De term non-binair is wederom een parapluterm. De gemeenschappelijke deler is dat de onderliggende genderidentiteit zich ergens op het continuüm tussen man en vrouw bevindt, of juist daarbuiten. De groep non-binaire personen is zeer divers inclusief de mate van ervaren genderdysforie. Een deel wil door de buitenwereld worden aangesproken met neutrale voornaamwoorden als die/diens of hen/hun, maar er zijn ook personen die hij/hem en zij/haar verkiezen. Het is daarom goed om bij consulten over genderidentiteit te vragen naar (en rekening te houden met) de gekozen voornaamwoorden van de cliënt. Ook de mate van expressie van de non-binaire genderidentiteit verschilt enorm. Er zijn personen waarbij de genderexpressie conform het toegewezen geboortegeslacht is, waardoor er voor de buitenwereld geen uiterlijke aanwijzing is dat de persoon zich als non-binair identificeert. Andere non-binaire personen ondergaan (permanente) lichamelijke aanpassingen, bijvoorbeeld door het gebruik van genderbevestigende hormonen of chirurgische ingrepen.

Crossdressing
Crossdressing zegt niets over de genderidentiteit of seksuele oriëntatie van de persoon. Vroeger werd hiervoor de term 'travestie' gebruikt; deze term heeft echter vaak een negatieve connotatie en wordt daarom liever vermeden. Personen die aan crossdressing doen passen tijdelijk, geheel of gedeeltelijk hun genderexpressie aan aan het andere geslacht. Hierbij kan gedacht worden aan kleding, sieraden en make-up die typisch worden geassocieerd met het andere geslacht (ook wel omkleden genoemd). Dit kan zowel alleen in de eigen omgeving als ook in de buitenwereld zijn (bijvoorbeeld *drag*). Er is in principe geen verlangen tot (blijvende) aanpassing van de geslachtskenmerken. Iedereen, zowel cisgender als transgender personen, kunnen aan crossdressing doen.

Het ontdekken van de genderidentiteit in de jeugd hoort bij een normale ontwikkeling. Genderincongruente gevoelens kunnen al op zeer jonge leeftijd optreden (Claahsen 2023). Er is beperkt onderzoek naar hoe vaak dit bij kinderen voorkomt. Op basis van zelfrapportage is het percentage transgender kinderen en jongeren onder 18 jaar, 0,2-2,7% (Heida 2023). Bij het grootste deel van de kinderen (73-94%) dat op jonge leeftijd genderincongruentie ervaart, verdwijnen deze gevoelens rond de leeftijd van 10-12 jaar (Bakker 2014). Het is (nog) niet mogelijk om betrouwbaar te voorspellen bij welk kind genderincongruentie aanhoudt en bij welk kind niet (Beek 2017). Soms ontstaan genderincongruente gevoelens in de puberteit en soms ook pas op volwassen leeftijd. Bij het naderen van de puberteit kunnen kinderen negatieve gevoelens ontwikkelen over hun lichaam, dat dan duidelijke geslachtskenmerken gaat vertonen. Genderatypisch gedrag kan leiden tot negatieve reacties van ouders en de omgeving, met als mogelijke gevolgen een verstoorde emotionele en sociale ontwikkeling en/of het ontstaan van genderdysfore gevoelens (Bakker 2014, Gort 2011). Indien de sociale omgeving van het kind genderincongruent gedrag accepteert, is de mate van genderdysforie vaak laag. Wanneer kinderen met (ernstige) genderdysforie naar een genderteam worden verwezen ten tijde van het intreden van de puberteit kunnen zij soms worden behandeld met puberteitsremmers. Van de jongeren die worden verwezen naar een genderteam identificeert inmiddels 10% zich als non-binair (Claahsen 2023). Opvallend hierbij is dat het aandeel personen dat wordt verwezen naar een

genderteam met het vrouwelijk geboortegeslacht de afgelopen jaren groter is geworden (De Graaf 2018).

Personen met genderdysfore gevoelens kunnen de wens hebben om 'in transitie' te gaan in de richting van de ervaren genderidentiteit. Het is hierbij belangrijk om onderscheid te maken tussen de sociale en de medische transitie. De sociale transitie gaat onder andere over de genderexpressie, de gewenste voornaam en de gewenste voornaamwoorden voor de omgeving. Transgender personen zijn, ook na sociale transitie, over het algemeen minder tevreden met hun lichaam dan cisgender personen (Witcomb 2015). Er kan dan worden gekozen voor een complementair medisch zorgtraject.

De medische transitie omvat de (permanente) aanpassing van de geslachtskenmerken aan de ervaren genderidentiteit. Hieronder vallen o.a. het gebruik van genderbevestigende hormonen en chirurgische behandelingen, maar ook logopedie, fertiliteitsbehandeling en/of permanente ontharing bij trans vrouwen. Het hangt van de persoon af hoe zowel de sociale als medische transitie wordt ingevuld. De mate van ervaren genderdysforie speelt hier een rol in. Het slagen van een behandeling kan o.a. worden afgemeten aan de vermindering van ervaren genderdysforie. De (medische) transitie van een cliënt met een goed sociaal netwerk heeft een hogere kans op slagen dan wanneer dit netwerk ontbreekt. Sinds 2014 is het niet langer noodzakelijk om een medische transitie te hebben doorgemaakt om het geslacht bij de burgerlijke stand aan te passen. Dit wordt ook wel een juridische transitie genoemd.

13.3.4 Mogelijke problemen

Cliënten met een hulpvraag rondom gender en genderidentiteit kunnen kampen met twijfel over hun eigen genderidentiteit en problemen met de acceptatie van deze gevoelens. Deze twijfel kan leiden tot vragen als "Wie ben ik? Wat is er met me aan de hand? Wat zou de betekenis van mijn verlangens en/of gedrag kunnen zijn?" Daarbij kan een cliënt hulp vragen hoe om te gaan met de verwarring. Soms roept het ook vragen op over de seksuele oriëntatie. Een vraag om informatie is vaak een onderdeel van deze hulpvraag.

Crossdressing gebeurt soms volledig in het geheim. Daarbij kan angst voor ontdekking, gepaard gaand met schaamtegevoelens en/of angst voor verlies van controle over de omkleeddrang, leiden tot stressgerelateerde klachten, angststoornissen, alcoholmisbruik, depressieve klachten, relationele spanningen, werkgerelateerde problemen, etc. Wanneer de sociale omgeving steunend is, is de kans kleiner dat er problemen optreden (Joemmanbaks 2024).

Transgender personen kunnen last hebben van een afkeer van het eigen lichaam en/of sociale isolatie wat gepaard kan gaan met stress, angst, depressieve gevoelens, een laag zelfbeeld, problemen met intieme relaties en seksualiteit, middelenmisbruik, automutilatie en suïcidaliteit (Beusekom 2018, Vijlbrief 2018). Deze problemen kunnen worden versterkt door gebrek aan (verwachte) acceptatie en afwijzing door de sociale omgeving. Cliënten kunnen vragen hebben over de vormgeving van hun genderidentiteit, genderbevestigende behandeling, seksualiteit en relaties. Onvrede met het eigen lichaam en onzekerheid over de genderidentiteit kunnen een positieve beleving van seksualiteit in de weg staan. Seksuele problemen komen voor bij een meerderheid van de transgender personen. Daarbij kan gedacht worden

aan angst voor en problemen bij het initiëren van seksueel contact, orgasmeproblemen of pijn bij het vrijen (Kerckhof 2019). Naarmate de psychische gezondheid beter is en er meer tevredenheid is met het eigen lichaam is er een positievere beleving van seksualiteit en zijn er minder seksuele problemen.

Transgender personen hebben vaker dan cisgender personen te maken met (seksueel) geweld, zijn relatief vaker alleenstaand, en hebben een lager inkomen. Over het algemeen ervaren trans mannen na transitie minder problemen dan trans vrouwen (Huijnk 2022, Van Oosterhout 2018).

De medische zorgvraag van transgender personen is heel divers en is o.a. afhankelijk van de mate van genderdysforie en bijkomende (psychische) klachten. De huisarts schat over het algemeen in of een cliënt verwezen moet worden naar een genderteam. Last van bijwerkingen en complicaties ten gevolge van een medische behandeling en onvrede met het resultaat van de behandeling kunnen voorkomen tijdens en na de medische transitie. Tevens kan in Nederland niet altijd voldaan worden aan de vraag naar genderbehandeling door strikte behandelprotocollen en capaciteitsproblemen. Dit kan een negatieve impact hebben op zowel fysieke als psychosociale gezondheid (Van de Grift 2024). Ook kan dit leiden tot ongecontroleerd gebruik van genderbevestigende hormonen die informeel, bijvoorbeeld via internet, worden verkregen, met alle gevolgen van dien.

Familieleden of partners van cliënten met genderdysforie kunnen worden geconfronteerd met een belangrijk deel van de identiteit van hun familielid/partner waarvan zij niet altijd weet hadden. Dit kan ingrijpende persoonlijke consequenties hebben. Daarom kan de omgeving van cliënten met genderdysforie behoefte hebben aan persoonlijke hulp of begeleiding.

13.3.5 Plan van aanpak

Wanneer uit de directe hulpvraag of uit gegevens verkregen door de algemene seksuele anamnese blijkt dat er sprake is van genderdysforie, zal er aanvullende informatie nodig zijn om de cliënt goed te kunnen verwijzen en deze persoon daarvoor te kunnen motiveren. Verder ingaan op de lijdensdruk en nagaan of er medische problematiek bestaat is van belang.

Wat kan de verpleegkundige/arts seksuele gezondheid doen?

- Neem een open houding aan ten aanzien van het verhaal van de cliënt en probeer niet in hokjes te denken.
- Heb oog voor de grote verschillen in ervaren genderidentiteit, genderexpressie, mate van dysforie en eventuele zorgvraag.
- Vraag aan de cliënt hoe deze graag wil worden aangesproken (hij/hem, zij/haar, hen/hun of die diens) en respecteer dit.
- Probeer samen met de cliënt de hulpvraag te verhelderen: iedere cliënt is anders en niet iedereen wenst (medische) transitie.
- Wees alert op signalen van (seksueel) geweld.
- Vraag de cliënt nogmaals langs te komen als de hulpvraag nog niet duidelijk is na het eerste gesprek.

13.3.6 Verwijzen

Zo nodig kan een tweede gesprek volgen om uitgebreider de hulpvraag te verhelderen en/of informatie en advies te geven en/of de cliënt te motiveren voor verwijzing en verdere hulp en/of adressen of websites aan te reiken, zoals:

- Transvisie: patiëntenorganisatie voor transgender personen;
- Transgender Wegwijzer: zorgkaart gemaakt door Transgender Netwerk Nederland en Transvisie waarin o.a. partners vermeld staan die ondersteuning en/of zorg bieden op het gebied van:
    - medische zorg (o.a. diagnostiek, hormoonzorg en chirurgie);
    - psychische ondersteuning;
    - zelfhulp en ontmoeting, zoals de website van genderpraatjes;
- Huisartsenzorg voor Transgender Personen: kennisplatform dat huisartsen en POH-GGZ ondersteunt in het bieden van eerstelijns zorg aan transgender personen, ook nuttig voor verpleegkundige/arts seksuele gezondheid.

Overige organisaties:

- bij psychische comorbiditeit en/of seksuele problematiek: verwijzen naar huisarts en eventueel naar tweedelijns GGZ met affiniteit voor transgenderzorg: rozeinwit.nl;
- voor praktische kennis voor huisartsen en POH-GGZ: Huisartsenzorg voor Transgender Personen;
- voor verwijzing naar zorgverleners die specifieke affiniteit hebben met transgenderzorg: Trans in eigen hand;
- voor een overzicht van zorgverleners binnen het zorglandschap voor transgender personen: Transgenderzorg in Nederland;
- voor een overzicht van zorgverleners voor de medische transitie van transgender personen: behandelaars medische transitie;
- bij psychische kwetsbaarheid bij jongeren: Pratenonline.nl;
- bij suïcidale gedachten: 113 zelfmoordpreventie;
- bij problematisch middelengebruik: via huisarts naar verslavingszorg, eventueel attenderen op de website chemsex.nl indien (vooral) middelengebruik tijdens seks;
- indien zorgverleners vragen hebben over waar zij rekening mee kunnen houden bij verlening van zorg aan genderdiverse personen: het zakkaartje van Treat it Queer.

Referenties

- American Psychiatric Association 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed.
- Baams L, de Graaf H, van Bergen D, et al. 2021. Niet in één hokje: ervaringen en welzijn van bi+ personen in Nederland. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Bakker B, Peters I, Doorduin T et al. 2014. Ben ik anders? In: Leusink P, Ramakers M. Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Beek TF, Cohen-Kettenis PT, Bouman WP et al. 2017. Gender incongruence of childhood: clinical utility and stakeholder agreement with the World Health Organization's proposed ICD-11 criteria. PloS one 12(1):e0168522.
- Beusekom G van, Kuyper L 2018. Lhbt-monitor 2018: de leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bungener S, Beers E, Engelberts T et al. 2022. SexQ: de tool om het gesprek te starten met jongeren over seksualiteit en genderidentiteit. Amsterdam UMC/Levvel/FWOS.

- CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) 2020. Prevalentiemonitor huiselijk geweld en seksueel geweld 2020. Den Haag/Heerlen/Bonaire: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Claahsen-van der Grinten H, Hannema E, Klink D et al. 2023. Jongeren met genderincongruentie: dilemma's in de multidisciplinaire behandeling met hormonen. Ned Tijdschr Geneeskd 2023;167:D7548.
- Coleman E, Radix AE, Bouman WP et al. 2022. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. Int J Transgend Health 23(Suppl 1):S1–S259.
- EUFRA (European Union Agency for Fundamental Rights) 2020. A long way to go for LGBTI equality. EU LGBTI Survey II. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- de Graaf H, Oldenhof A, Kraan Y, et al. 2024. Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2023. Utrecht: Rutgers.
- de Graaf H, Wijsen C 2017. Seksuele gezondheid in Nederland 2017. Utrecht: Rutgers.
- de Graaf N, Carmichael P, Steensma T et al. 2018. Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: data from the Gender Identity Development Service in London (2000-2017). J Sex Med 15(10):1381–1383.
- van de Grift TC, Martens C, van Ginneken L et al. 2024. Waiting for transgender care and its effects on health and equality: a mixed-methods population study in the Netherlands. EClinicalMedicine 73: 102657.
- Gort A 2011. Elk kind is anders. Amsterdam/Utrecht: FWOS/VU Medisch Centrum.
- Heida JP, de Haas J, Hiemstra M et al. 2023. Onzekerheid over vraag transgenderzorg, inhaalcapaciteit zeker nodig: onderzoek vraag transgenderzorg in Nederland. SiRM 2023.
- Huijnk W, van Beusekom G 2021. Wat maakt het verschil? Over het welzijn, de sociale relaties en de leefstijl van lesbische, homoseksuele en biseksuele jongeren. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Huijnk W, Damen R, van Kampen L 2022. LHBT-monitor 2022: de leefsituatie van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Joemmanbaks F, Derckx T 2024. Multipele minderheidsstress onder lhbti+ personen: mentale gezondheidsverschillen verklaard vanuit een intersectioneel perspectief. Utrecht: Rutgers.
- Kastelijn C, Keulen B, Tukker A et al. 2020. Handreiking LHBTI-emancipatie: 10 keer vraag en antwoord over intersekse. Utrecht: Movisie.
- Kerckhof M, Kreukels B, Nieder T et al. 2019. Prevalence of sexual dysfunctions in transgender persons: results from the ENIGI follow-up study. J Sex Med 16(12):2018–2029.
- Kuyper L 2017. Transgender personen in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Marinus MA, Cense M 2024. A life course perspective on the sexual development of young intersex people. Healthcare 12(2): 239.
- van Oosterhout E 2018. Overal op je hoede: geweld tegen transgender personen in Nederland. Amsterdam: Transgender Netwerk Nederland.
- Raaijmakers D, Van der Miesen A, Dewinter J et al. 2019. Seksuele identiteit en genderidentiteit. De Psycholoog 5:10-21.
- Vijlbrief A & Bool M 2018. Suïcidepreventie lhbt-jongeren: wat kunnen ouders en professionals doen volgens de literatuur. Utrecht: Movisie.

- WHO 2019. International classification of diseases. Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization.
- Witcomb G, Bouman W, Brewin N, et al. 2015. Body image dissatisfaction and eating-related psychopathology in trans individuals: a matched control study. Eur Eat Disord Rev 23(4):287–293.

14. Fysiologie en normaliteitsvragen

Vastgesteld LOI-SG: 29 mei 2018.

Wijzigingen sinds vaststelling:

- Juni 2022: spelling van enkele Latijnse anatomische begrippen gecorrigeerd.

Inhoud deeldraaiboek 14

14.1 Inleiding 247
14.1.1 Taakverdeling verpleegkundige en arts 247
14.1.2 Verwijzen 248
14.2 De vrouw 248
14.2.1 Huid 248
14.2.2 Vaginale afscheiding 249
14.2.3 Menstruatieproblemen en onregelmatig vaginaal bloedverlies 251
14.2.4 Vruchtbaarheid 253
14.2.5 Vorm en afmeting van de schaamlippen 255
14.2.6 Maagdenvlies 257
14.2.7 Vrouwenbesnijdenis (VGV) 259
14.2.8 G-plek 261
14.2.9 Vrouwelijke ejaculatie 263
14.3 De man 264
14.3.1 Huid 264
14.3.2 Scrotum 265
14.3.3 Vorm en afmeting van de penis 266
14.3.4 Pijnklachten 268
14.3.5 Afscheiding uit de plasbuis 269
14.3.6 Besnijdenis 270
14.4 Beide seksen 272
14.4.1 Anus en anale seks 272
Referenties 273

14.1 Inleiding

Vragen over fysiologie en normaliteit komen veel ter sprake tijdens het spreekuur seksuele gezondheid. Deze vragen kunnen aanleiding zijn voor grote bezorgdheid. Het is van belang adequate informatie te geven, te normaliseren, gerust te stellen waar mogelijk en te verwijzen waar nodig.

14.1.1 Taakverdeling verpleegkundige en arts

Zie deeldraaiboek 1 voor een beschrijving van de algemene taakverdeling. Lichamelijk onderzoek vanwege vragen over fysiologie en normaliteit vergt uitgebreidere kennis en vaardigheden. Meestal vindt het onderzoek plaats ter

normalisering. Bij voldoende ervaring kan dat ook door een verpleegkundige worden gedaan.

14.1.2 Verwijzen

Zie deeldraaiboek 7.

14.2 De vrouw

14.2.1 Huid

Plekjes op de geslachtsdelen kunnen leiden tot ongerustheid, schaamte en angst voor soa. Dit laatste vormt vaak de aanleiding om naar de GGD polikliniek seksuele gezondheid te komen. De soa-anamnese geeft richting aan het beleid (zie deeldraaiboek 7).

Bij afwezigheid van een soa is het belangrijk dat de arts veel voorkomende onschuldige beelden herkent. Elke cliënte met een huidafwijking die niet verklaard kan worden door een soa en niet binnen het fysiologische spectrum past, dient verwezen te worden naar de huisarts. Deze kan zo nodig verwijzen naar een dermatoloog en in het geval van provoked vulvodynie (PVD) naar een seksuoloog NVVS. Op de poliklinieken waar een dermatoloog in dienst is, kan deze uiteraard geraadpleegd worden.

Fysiologische donkere verkleuring van de huid van de vulva komt veel voor, niet alleen bij vrouwen met een donkere huidskleur. De donkere kleur is symmetrisch verdeeld en onscherp begrensd.

Witgele bultjes aan de binnenkant van de binnenste schaamlippen zijn onschuldige, vergrote talgkliertjes (plekjes van Fordyce).

Onschuldige vulvaire papillen worden veelvuldig gezien, zijn vaak spike-achtig van vorm en symmetrisch gelokaliseerd bij de ingang van de vagina. Onderscheid met genitale wratten is meestal duidelijk, op grond van vorm en rangschikking.

De kleur van de huid van het vestibulum is roze-rood, in vele gradaties. Rode plekjes of erosies kunnen soms leiden tot klachten van pijn, jeuk of irritatie, maar de mate van roodheid hoeft niet te corresponderen met eventuele klachten. In het kader van provoked vulvodynie (PVD, eerder VVS, zie deeldraaiboek 12) kunnen bestaande erythemateuze foci in het vestibulum pijnlijk zijn bij het aanraken, maar de aanwezigheid van erythemateuze plekjes is voor de diagnose van PVD niet meer noodzakelijk.

Rode plekken op de geslachtsdelen kunnen vele oorzaken hebben. De differentiaaldiagnose is groot en wordt hier zeer beperkt besproken.

Huidaandoeningen als eczeem, psoriasis en candida komen regelmatig voor.

Rode plekjes in het vulvaire gebied kunnen tevens ontstaan ten gevolge van scheren. Rode vlekjes, al of niet jeukend, kunnen ook wijzen op mechanische irritatie (door langdurige gemeenschap of onvoldoende lubricatie bij de vrouw, masturberen of manipuleren met handen of voorwerpen) of overmatige hygiëne.

Een pijnlijke (eventueel rode) eenzijdige zwelling naast de introïtus (op 5 of 7 uur) kan wijzen op een ontstoken klier van Bartholin.

Anamnesevragen
In kader 14.1 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 14.1: Vragen tijdens consult rondom de huid

- Kan de cliënte de klacht inclusief aanvang, beloop en locatie omschrijven?
- Zijn er bijkomende klachten als jeuk, pijn, branderigheid, ziek zijn?
- Kan er sprake zijn van overmatige hygiëne? Gebruikt zij inlegkruisjes?
- Is er een relatie met seksuele activiteit?
- Kan er sprake zijn van langdurig seksueel contact of masturberen?
- Zijn er seksuele problemen?
- Is de cliënte gezond? Gebruikt zij medicatie?
- Is cliënt bekend met een huidaandoening zoals eczeem, psoriasis of een andere huidziekte?
- Heeft de cliënte zelf enig idee over de oorzaak?

Lichamelijk onderzoek
- Zie deeldraaiboek 7 voor soa-anamnese.
- Voor onderzoek bij PVD wordt verwezen naar de bijlage in deeldraaiboek 12: 'Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw'.

Informatie en advies
- Geef informatie over hygiëne en raad gebruik van inlegkruisjes af.
- Geef informatie over langdurig seksueel contact en het belang van voldoende lubricatie bij vaginale penetratie of glijmiddel bij anale penetratie.
- Normaliseer vaginale papillen.
- Voor informatie over PVD wordt verwezen naar deeldraaiboek 12.

Verwijzen
- Bij niet-soa-gerelateerde huidklachten, zoals eczeem, lichen sclerosus of een andere huidaandoening, of bij twijfel aan de diagnose: naar huisarts.
- Bij abcederende klier van Bartholin: naar gynaecoloog.

14.2.2 Vaginale afscheiding

Vaginale afscheiding is samengesteld uit transsudaat vanuit de vaginawand, slijm uit de cervix, vocht vanuit tubae en uterus en epitheelcellen. De normale vaginale flora bestaat uit diverse bacteriën (voornamelijk lactobacillen) en gisten die met elkaar in evenwicht zijn in het vaginale milieu. Hoeveelheid, geur, kleur en samenstelling van normale vaginale afscheiding variëren per persoon en kunnen onder andere worden bepaald door seksuele opwinding, emotionele (dis)balans, leeftijd, fase van de menstruatiecyclus, zwangerschap, gebruik van hormonale anticonceptie, hygiënische middelen en antibiotica. Tijdelijke variatie van de afscheiding onder invloed van bovenstaande factoren is normaal. Normale afscheiding bevat geen bloed en hoeft niet bestreden te worden.

Sommige vrouwen ervaren fysiologische afscheiding als vies. Overmatige hygiëne, in de vorm van frequente dagelijkse vaginale spoelingen of wassen met zeep en gebruik van inlegkruisjes, werkt echter averechts.

Bij overvloedige vaginale afscheiding kan er ook sprake zijn van gegeneraliseerde bekkenbodemhypertonie. De fysiologische afscheiding hoopt zich in dat geval op in de vagina en komt bij tijdelijke ontspanning van de bekkenbodem, naar buiten.

Anamnesevragen
In kader 14.2 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. Verondersteld wordt dat een soa reeds is uitgesloten. Hiervoor wordt verwezen naar deeldraaiboek 7.

Kader 14.2: Vragen tijdens consult rondom vaginale afscheiding

- Is de afscheiding veranderd qua hoeveelheid, kleur en geur? Wat is er veranderd en sinds wanneer?
- Is er sprake van bloedbijmenging?
- Is er sprake van irritatie van de huid, wondjes, jeuk, buikpijn?
- Heeft een eventuele partner ook klachten?
- Wat is de betekenis van de afscheiding voor de cliënte?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie: mictieproblemen (kleine beetjes plassen, frequente aandrang, etc.), defecatieproblemen (obstipatie, spastische darmen, scheurtjes en aambeien, etc.), pijn onderlijf, andere lichamelijke spanningsklachten?
- Welke maatregelen heeft cliënte zelf al genomen en wat was het effect?
- Welke hygiënemaatregelen treft de cliënte?
- Wat is de hulpvraag van de cliënte?

Lichamelijk onderzoek
Let bij lichamelijk onderzoek op:

- huid van de vulva;
- signalen van verhoogde bekkenbodemtonus (zie de bijlage in deeldraaiboek 12: ‘Beschrijving educatief seksuologisch en bekkenbodemonderzoek bij de vrouw’);
- ingang vagina;
- aspect fluor;
- vaginawanden;
- portio.

Informatie en advies

- Vaginale afscheiding is normaal en kan variëren.
- Uitwendig wassen met water is voldoende. Overmatige hygiëne werkt averechts.
- Vermijd zeep en veelvuldig gebruik van inlegkruisjes.

Verwijzen

- Bij aanwijzingen voor pathologie (bijvoorbeeld bij afwijkend aspect portio of contactbloedingen): naar huisarts.
- Bij aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie: naar bekkenfysiotherapeut of seksuoloog NVVS.

14.2.3 Menstruatieproblemen en onregelmatig vaginaal bloedverlies

De menstruatie is het proces van loslating en uitdrijving van het baarmoederslijmvlies dat optreedt als er geen bevruchting heeft plaatsgevonden na de eisprong. De eerste menstruatie (menarche) treedt meestal op tussen het 11e en 15e jaar. In de eerste jaren kan de menstruatie nog zeer onregelmatig zijn en gepaard gaan met veel kramp en bloedverlies (métrorragie des jeunes vièrges). Daarna wordt de cyclus meestal regelmatiger. Variatie in cyclusduur is groot, een cyclusduur van 3-6 weken wordt als normaal beschouwd.

In deze paragraaf wordt verondersteld dat er geen sprake is van het gebruik van hormonale anticonceptie. Voor de bijwerkingen van hormonale anticonceptie wordt verwezen naar deeldraaiboek 10.

Problemen met betrekking tot menstruatie of (overig) vaginaal bloedverlies:

- uitblijven van menstruatie, amenorroe, primair of secundair;
- hevig menstrueel bloedverlies: cyclisch hevig bloedverlies dat hindert in het dagelijkse leven van een vrouw;
- langdurige menstrueel bloedverlies: menstruatieduur >8 dagen;
- intermenstrueel bloedverlies: bloedverlies tussen herkenbare menstruaties;
- onregelmatig bloedverlies: niet-cyclisch, menstruaties niet (meer) herkenbaar;
- contactbloeding: bloedverlies na vaginaal seksueel contact;
- erg pijnlijke menstruaties, dysmenorroe;
- premenstruele klachten, premenstrueel syndroom (PMS) (wordt hier buiten beschouwing gelaten);
- acuut hevig bloedverlies: hevig bloedverlies met verzoek om directe behandeling (wordt hier buiten beschouwing gelaten);
- postmenopauzaal bloedverlies: bloedverlies >1 jaar na de laatste menstruatie (wordt hier buiten beschouwing gelaten).

De klachten kunnen primair aanwezig zijn (vanaf de eerste menstruatie) of secundair ontstaan zijn (nadat de klacht een periode niet aanwezig is geweest).

Primaire amenorroe bij een leeftijd >16 jaar kan duiden op hormonale dan wel anatomische problematiek. Het vormt een reden tot verwijzing.

Secundaire amenorroe kan wijzen op zwangerschap, een hormonale aandoening, polycysteus ovariumsyndroom (PCOS), endometriose, myomen of een complicatie na een gynaecologische ingreep, maar kan ook een bijwerking zijn van medicatie en van elke vorm van hormonale anticonceptie.

Psychische stress en belastende levensgebeurtenissen, langdurige of extreme lichamelijke inspanning en gewichtsschommelingen en anorexia nervosa kunnen leiden tot zogenaamde functionele amenorroe. Het natuurlijk beloop van functionele amenorroe is bij aanpak van de onderliggende factoren in principe gunstig.

Primair hevig en/of langdurig menstrueel bloedverlies en primaire dysmenorroe wijzen meestal niet op een gynaecologische aandoening. NSAIDs, hormonale anticonceptie of een hormoonspiraal kunnen deze klachten verhelpen.

Secundaire klachten van de menstruatie kunnen wel duiden op een gynaecologische aandoening, zoals endometriose, myomen of complicaties na een gynaecologische ingreep.

Intermenstrueel bloedverlies en contactbloedingen kunnen wijzen op een soa of een afwijking van perineum, vulva, vagina of portio. Onregelmatig bloedverlies kan een bijwerking zijn van hormonale anticonceptie of andere medicatie. Het kan ook worden veroorzaakt door roken tijdens gebruik van orale anticonceptie. Onregelmatig bloedverlies kan ook wijzen op een complicatie van een ingreep aan de genitalia interna.

Menstruatieproblemen leveren vaak bezorgdheid op over de vruchtbaarheid. Meestal is dat niet nodig. Echter bij zeer onregelmatige menstruaties, langdurige amenorroe of dysmenorroe kan er sprake zijn van een gynaecologische aandoening met gevolgen voor de vruchtbaarheid.

Anamnesevragen
In kader 14.3 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 14.3: Vragen tijdens consult rondom menstruatieproblemen

- Wat is de precieze klacht (betreft het pijn of bloedverlies)?
- Wat is de hulpvraag?
- Is er een relatie met de menstruatie?
- Is de menstruatie nog te herkennen?
- Op welke leeftijd vond de menarche plaats?
- Bestaat de klacht sinds de menarche of is deze later ontstaan?
- Is er een relatie met anticonceptie?
- Is er een relatie tussen het eventuele bloedverlies en geslachtsgemeenschap?
- Wat is de betekenis van de klacht voor de vrouw?
- Is de cliënte gezond en gebruikt ze medicatie?
- Kan er sprake zijn van een soa?
- Kan er sprake zijn van een zwangerschap, wanneer was de laatste menstruatie?
- Welke stappen heeft de cliënte zelf al ondernomen? Met welk effect?
- Is er sprake van psychische problematiek, ondergewicht of extreme inspanning?

Lichamelijk onderzoek

- Alleen zinvol bij onregelmatig of intermenstrueel bloedverlies of contactbloedingen.
- De soa-richtlijn is leidend bij soa-risico.
- Aspect van de vulva, vagina, portio en fluor vaginalis zijn van belang.
- Verricht zo nodig een vaginaal toucher ter beoordeling uterus en adnexen.
- Denk aan zwangerschapstest bij secundaire amenorroe of onregelmatig bloedverlies, als er geen anticonceptie wordt gebruikt of dit inadequaat wordt gebruikt.

Informatie en advies

- Maak een onderscheid tussen pijn en bloedingsproblemen tijdens de menstruatie en tussen de menstruaties.
- Normaliseer waar mogelijk.
- Bespreek de effecten van hormonale anticonceptie op cyclus en menstruatie waar nodig
- Adviseer pijnstilling in de vorm van ibuprofen of naproxen bij primaire pijnklachten, al of niet in combinatie met hevig bloedverlies.
- Hormonale anticonceptie of een hormoonspiraal is een tweede behandelmogelijkheid.
- Indien anticonceptie ook nodig is, besteed dan apart aandacht aan werking en adequaat gebruik.

Verwijzen

Verwijs naar huisarts bij:

- primaire amenorroe >16 jaar;
- secundaire menstruatieklachten en amenorroe >6 maanden;
- onregelmatig of intermenstrueel bloedverlies of contactbloedingen, als een soa is uitgesloten.

14.2.4 Vruchtbaarheid

Ook als cliënten nog geen kinderwens hebben, kunnen er zorgen bestaan over de vruchtbaarheid. Bijvoorbeeld na een opgelopen soa, een abortus of naar aanleiding van menstruatieklachten.

De gemiddelde menstruatiecyclus duurt ongeveer 28 dagen. De variatie is echter groot. Tijdens de eerste helft van de cyclus vindt er follikelgroei plaats in de ovaria, één follikel wordt dominant en leidt tot een ovulatie. De duur van follikelrijping kan variëren, onder invloed van diverse zaken. De tijd vanaf de ovulatie tot de menstruatie is vrij stabiel en bedraagt ongeveer 2 weken. Variatie in de duur van de cyclus wordt dan ook vooral bepaald door de tijd tot de ovulatie. Bij een regelmatige cyclus valt het moment van de eisprong ongeveer te berekenen: de duur van de cyclus min 14 dagen, berekend vanaf de eerste dag van de menstruatie. De vruchtbare periode bedraagt maximaal 24 uur. Alleen in die periode kan een zwangerschap ontstaan. Sperma kan in een gunstig vaginaal milieu 5-7 dagen levend blijven, waardoor een vrijpartij enkele dagen voor de ovulatie ook kan leiden tot een zwangerschap.

Bij een min of meer regelmatige menstruatie is een primaire stoornis in de vruchtbaarheid niet waarschijnlijk: anatomisch en hormonaal zijn er dan geen aanwijzingen voor pathologie. De temperatuurcurve is een diagnostisch middel om een normale menstruatiecyclus met ovulatie aan te tonen. Bij het dagelijks meten van de temperatuur alvorens op te staan is in dat geval een bifasische curve te herkennen, waarbij de baseline net na de ovulatie een halve graad stijgt. Belangrijk is dat deze temperatuur elke dag op ongeveer hetzelfde tijdstip rectaal wordt gemeten, na het wakker worden en vóór het opstaan.

Als de menstruatie wel optreedt, maar slechts enkele keren per jaar, kan er sprake zijn van polycysteus ovariumsyndroom (PCOS). De oorzaak van PCOS is nog steeds niet helemaal duidelijk. In het geval van een PCOS vindt er slechts enkele malen per jaar een ovulatie en menstruatie plaats. Het is dus moeilijk te voorspellen wanneer een vrouw vruchtbaar is. Als er geen kinderwens is, dient de cliënte om die reden wel degelijk anticonceptie te gebruiken.

Spontane kans op zwangerschap per cyclus bedraagt ongeveer 15%, afhankelijk van de leeftijd van de vrouw en de frequentie van seksueel contact. Bij gezonde koppels is de zwangerschapskans in de eerstvolgende maanden aanzienlijk, na 6 maanden 70%, na 1 jaar 80%, na 2 jaar 90%. De kans op zwangerschap is het grootst bij een aantal keer vrijen in de dagen voor de eisprong.

Leefstijl heeft effect op de vruchtbaarheid. Vrouwen met een BMI >30 hebben geringere kans op zwangerschap. Roken kan bij een vrouw de kans op zwangerschap verminderen.

De kans op onvruchtbaarheid na een chlamydia- of gonorroe-infectie is lastig in te schatten en hangt samen met het optreden van een opstijgende infectie. De kans op onvruchtbaarheid na een asymptomatische chlamydia-infectie wordt geschat op 1%. De kans bij gonorroe is onbekend. De kans op onvruchtbaarheid bij een doorgemaakte PID (pelvic inflammatory disease) wordt, afhankelijk van de ernst van de PID, geschat op 4-11%. Bij recidiverende PID loopt deze op tot 40%.

Problemen in de vruchtbaarheid kunnen ook bij de man liggen. Roken, drugs (cannabis met name) en gebruik van anabole steroïden kunnen de kwaliteit van het sperma bij een man doen afnemen. Excessief alcoholgebruik kan leiden tot erectiele dysfunctie bij de man.

Anamnesevragen
In kader 14.4 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 14.4: Vragen tijdens consult rondom vruchtbaarheid

- Waar maakt de cliënte zich zorgen over?
- Wat is de aanleiding voor de zorg?
- Is de cliënte eerder zwanger geweest?
- Is er een kinderwens (op welke termijn)?
- Hoe verloopt de menstruatiecyclus?
- Zijn er ingrepen in de buik of aan de genitalia interna geweest?
- Waren er complicaties bij deze ingreep?
- Heeft de cliënte ooit een soa gehad en hoe is deze behandeld?
- Wordt er anticonceptie gebruikt?
- Bij actuele kinderwens: hoe vaak en wanneer vindt er gemeenschap plaats?
- Wat hebben de cliënte en haar partner al geprobeerd om zwanger te raken?
- Wat is de hulpvraag?

Lichamelijk onderzoek
- Niet zinvol.

Informatie en advies
- Geef informatie over het verloop van de menstruatiecyclus en het moment van vruchtbaarheid.
- Stel gerust bij een min of meer regelmatige cyclus en blanco voorgeschiedenis.

- Geef informatie over de zwangerschapskans per cyclus, de invloed van de leeftijd en over wanneer gemeenschap te hebben.
- Geef leefstijladviezen: stoppen met roken en drugs, alcohol met mate en geen anabole steroïden.
- Adviseer bij een actuele zwangerschapswens de cyclus bij te houden, zodat ongeveer het moment van de eisprong kan worden bepaald.
- Bij soa, gynaecologische ingrepen of buikingrepen in de voorgeschiedenis: geef informatie over de (beperkte) onderzoeksmogelijkheden naar de status van de vruchtbaarheid.
- Adviseer bij een soa of PID in de voorgeschiedenis met nadruk een nieuwe infectie te voorkomen. De kans op onvruchtbaarheid loopt op tot 40% bij recidiverende PID. Adviseer condoomgebruik en het laten testen van soa bij onbeschermde seks of een condoomaccident.

Verwijzen
Verwijs naar de huisarts bij:
- aanwijzingen voor een cyclusstoornis of PCOS;
- >1 jaar adequaat proberen zwanger te worden of direct bij leeftijd van de vrouw van 38 jaar of ouder.

14.2.5 Vorm en afmeting van de schaamlippen

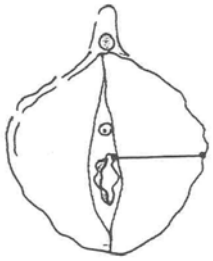
Omdat de labia minora vaak groter zijn dan de labia majora, is het beter te spreken over binnenste en buitenste schaamlippen. Onvrede over de binnenste schaamlippen wordt regelmatig geuit door cliënten tijdens het consult seksuele gezondheid. Meestal betreft het de grootte en soms de vorm. Soms wordt de wens tot schaamlipverkleining geuit.

Klachten rondom de binnenste schaamlippen die genoemd worden, zijn: ongemak bij het fietsen en het dragen van strakke broeken, het mee naar binnen schuiven van de schaamlippen tijdens gemeenschap of pijn bij gemeenschap. Er blijkt echter geen verband te bestaan tussen deze klachten en de grootte van de binnenste schaamlippen. Anatomisch gezien maken de binnenste schaamlippen onderdeel uit van het vrouwelijk zwellichaam (zie figuur 14.3) dat een grote rol speelt tijdens seksuele activiteit. Pijn bij gemeenschap en intravaginaal meebewegen van de schaamlippen tijdens gemeenschap duiden meestal op onvoldoende seksuele opwinding.

Achter de vraag om schaamlipverkleining kan onzekerheid schuilen over het eigen lijf of seksuele functioneren, bijvoorbeeld onder invloed van cultureel bepaalde normen, psychische problematiek of een negatief lichaamsbeeld. De verwachtingen van de gewenste ingreep kunnen onterecht zijn en de ingreep kan de vrouw zelfs schade berokkenen. Naast informeren over de normale variatie in vorm en grootte van de schaamlippen is het de taak van de verpleegkundige en/of arts om mogelijke contra-indicaties voor een ingreep op te sporen, zoals seksueel geweld in anamnese, ernstige psychische problematiek als een stoornis in de lichaamsbeleving (body dysmorphic disorder). Een open houding over de vraag naar labiumreductie maakt het mogelijk de achtergrond van de vraag bespreekbaar te maken. Onterechte verwachtingen kunnen dan ook besproken worden.

De norm van de schaamlippen qua grootte ligt onder de 50 mm, gemeten vanaf de hymenaalring tot de buitenste rand van de schaamlip, zonder tractie (zie figuur 14.1). Binnen die norm blijkt er geen relatie te zijn met lichamelijk ongemak.

Figuur 14.1 Meten van de labia binnenzijde links (Hage 2008).



In de richtlijn van plastisch chirurgen en gynaecologen voor het uitvoeren van labiumverkleining (Hage 2008), is op grond van wetenschappelijk onderzoek afgesproken dat de ingreep niet wordt verricht bij labia onder een grootte van 40 mm, vanwege onvoldoende verwachting van positief effect op de klachten. Ook wordt de ingreep niet uitgevoerd bij cliënten onder de 18 jaar. Verkleining van de binnenste schaamlippen is in de meeste gevallen een niet-noodzakelijke ingreep in een gezond orgaan dat van belang is voor de vrouwelijke seksualiteit.

Anamnesevragen
In kader 14.5 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 14.5: Vragen tijdens consult rondom onvrede met schaamlippen

- Wat is de hulpvraag van de cliënte?
- Wat bedoelt ze met 'te groot'?
- Met wie vergelijkt ze zichzelf?
- Welke last ervaart de cliënte van de schaamlippen?
- Sinds wanneer is dat het geval en is er een aanleiding om nu te komen met haar klacht?
- Wat betekent de klacht voor haar (gevolgen voor lichaamsbeeld, zelfvertrouwen, seksualiteit)?
- Hoe kijkt ze in het algemeen aan tegen haar lichaam?
- Wat is de rol van de partner en de omgeving van de cliënte in haar klacht en vraag?
- Wat verwacht de cliënte van de ingreep en wat betekent het voor haar als deze niet door zou kunnen gaan?
- Is de cliënte tevreden met haar seksleven, zijn er seksuele problemen?
- Is er sprake van psychische problematiek?
- Is er sprake van seksueel geweld in de voorgeschiedenis?
- Heeft de cliënte andere operaties aan haar lijf ondergaan?

Lichamelijk onderzoek

- Doel: grootte van de labia objectiveren en opvallende vormvariatie constateren. Beide labia worden bekeken en gemeten op gestandaardiseerde wijze (zie figuur 14.1). De vrouw kijkt bij voorkeur mee met een handspiegel.
- Valkuil: spreek je niet uit over of je de schaamlippen wel of niet groot vindt. Houd de boodschap zo neutraal mogelijk. Beperk je tot de beschrijving van wat je ziet en meet.

Mogelijke conclusies van lichamelijk onderzoek:

- Grootte en vorm vallen binnen de norm, klachten kunnen niet eenduidig worden gerelateerd aan grootte of vorm.
- Er is sprake van een ander probleem: lichamelijk, psychisch of seksueel.
- Grootte en vorm vallen buiten de norm, ingreep *kan* wenselijk zijn. Klachten kunnen ook in dat geval niet altijd eenduidig worden gerelateerd aan grootte of vorm (zie verder onder *Informatie en advies*).

Informatie en advies

- Grootte en vorm van schaamlippen variëren sterk.
- Er is over het algemeen geen relatie tussen de klachten en de grootte-/vormvariatie (gebruik eventueel plaatjes van verschillende vagina's).
- Pijn of intravaginaal meebewegen van de schaamlippen kan wijzen op onvoldoende opwinding.
- De meeste klachten zijn eenvoudig te verhelpen: geen strings of te strakke kleding, correctie ligging schaamlippen tijdens seksueel contact.
- Informeer over de seksuele functie van de binnenste schaamlippen.
- Licht de mogelijke complicaties van een operatie toe (zoals infectie, wonddehiscentie, postoperatieve pijn) en geef aan dat het resultaat niet altijd overeenkomt met de verwachting van de cliënte.

Verwijzen

- Bij sterke grootte- of vormafwijking en forse hinder en het ontbreken van ernstige psychische problematiek: naar huisarts. De huisarts kan verwijzen naar een plastisch chirurg of gynaecoloog. Bij psychische problematiek kan de huisarts verwijzen naar de GGZ.
- Valkuil: zeg geen operatie toe, ook al is er sprake van objectief grote schaamlippen of een vormafwijking. Het besluit daartoe ligt in handen van de chirurg of gynaecoloog.
- Bij seksuele problematiek: naar seksuoloog NVVS.

14.2.6 Maagdenvlies

Maagdelijkheid en het maagdenvlies spelen in vele culturen een belangrijke rol. Religieuze, culturele en persoonlijke normen lopen door elkaar en zorgen voor veel verschillende opvattingen en een grote emotionele lading, waardoor er veel mythen bestaan over maagdelijkheid en het maagdenvlies (hymen). Bij het bespreken van vragen en onzekerheden over dit thema is het goed de medische feiten en de normen en waarden over maagdelijkheid te scheiden.

Maagdelijkheid zegt iets over het feit of een persoon ooit seksueel contact heeft gehad en moet in vele culturen, religies en gemeenschappen bewaard worden tot het huwelijk. De interpretatie of je je maagdelijkheid verliest na vaginale gemeenschap of ook na orale of anale seks verschilt per persoon en religieuze/culturele groep. Het moeten aantonen van de maagdelijkheid door middel van bloedverlies geldt met name voor islamitische culturen en enkele geïsoleerde christelijke en joodse gemeenschappen. De norm van het bewaren van je maagdelijkheid geldt in bovengenoemde culturen voor mannen en vrouwen; in de praktijk geldt deze echter vaak alleen voor vrouwen en is er sprake van een dubbele moraal.

Het maagdenvlies is geen vlies, maar een randje weefsel bij de ingang van de vagina. Het kan rafelig of glad zijn, smal of breed en soepel of stug. Het aspect van het maagdenvlies en/of het voldoende nauw zijn zegt niets over het feit of een vrouw vaginale gemeenschap heeft gehad. Een arts noch een partner kan dus constateren of er gemeenschap heeft plaatsgevonden voor het huwelijk. Vaak wordt bloedverlies tijdens de eerste gemeenschap gezien als bewijs van maagdelijkheid. Bloedverlies bij de eerste vaginale gemeenschap treedt echter slechts in ongeveer de helft van de gevallen op en zegt dus niets over seksuele ervaring. Springen, sporten of het inbrengen van een tampon beschadigen het maagdenvlies niet.

Vaak meldt een cliënte zich op het spreekuur omdat ze al seksueel actief is geweest voor het huwelijk. Als het seksueel contact heeft plaatsgevonden met een ander dan de toekomstige man, kan de vrouw in de problemen komen. Uitleg over feiten en fabels kan helpen, maar neemt de noodzaak tot het bloeden tijdens de eerste huwelijksnacht niet weg. Er kan sprake zijn van grote druk van de partner of van de familie in de vorm van dreiging met uitstoting, mishandeling en zelfs de dood.

Vaak ziet een cliënte een hersteloperatie als enige optie voor haar probleem. Van herstel is feitelijk geen sprake, maar in sommige klinieken kan het maagdenvlies wat nauwer gemaakt worden. Dit kan enkele weken tot enkele dagen voor het huwelijk plaatsvinden. Een hersteloperatie garandeert het optreden van bloedverlies helaas niet.

Andere mogelijkheden om het probleem aan te pakken zijn:

- het leren aanspannen van de bekkenbodemspieren, zodat de cliënte haar vagina nauwer kan maken;
- het gebruik van hulpmiddelen om bloed te tonen (zoals een vingerprik of een buisje ontstold bloed);
- counseling over feiten en mythen rondom het maagdenvlies en informatie over de verschillende mogelijkheden versterken de autonomie van de cliënte, waardoor ze een keuze kan maken.

Soms wordt een ‘maagdelijkheidsverklaring’ gevraagd. Geadviseerd wordt daar als arts alleen aan mee te werken in het geval van een dreigende situatie voor de vrouw. In de verklaring kan bijvoorbeeld staan: “Bij mevrouw X is op [datum] een gynaecologisch onderzoek verricht. Bij dit onderzoek zijn geen aanwijzingen gevonden dat zij geen maagd is.” Bij het hanteren van deze voorbeeldtekst is het wellicht aan te raden ook echt lichamelijk onderzoek te verrichten. Omdat het lichamelijk onderzoek feitelijk niet zinvol is, kan dit ook achterwege gelaten worden. De formulering van de verklaring kan daar eventueel aan aangepast worden.

Vragen rondom maagdelijkheid leveren vaak ambivalente gevoelens op bij hulpverleners: moeite met de dubbele moraal, maar ook sterke betrokkenheid en bezorgdheid. Probeer te luisteren naar de cliënte met respect voor de opvattingen. Verhelder haar vraag en geef feitelijke informatie.

Anamnesevragen
In kader 14.6 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 14.6: Vragen tijdens consult rondom maagdenvlies

- Wat is het probleem?
- Wat is de hulpvraag?
- Voor wie is het een probleem, wie controleert eventueel de gewenste 'tekenen van maagdelijkheid' en hoe?
- Wat is de betekenis van maagdelijkheid voor de cliënte, haar partner en familie, wanneer verliest iemand de maagdelijkheid in haar cultuur?
- Welke consequenties heeft het niet kunnen 'aantonen' van de maagdelijkheid, is er sprake van concrete dreiging?
- Is er reeds sprake geweest van seksueel contact met penetratie?
- Was dit met haar toekomstige man of met een ander?
- Wanneer vindt het huwelijk plaats?
- Kan de cliënte haar zorgen met iemand delen?

Lichamelijk onderzoek

- Alleen zinnig ter educatie. In dat geval kijkt de vrouw mee met een handspiegel.
- Aandacht kan worden besteed aan het aspect van het maagdenvlies en de bekkenbodem.
- Als lichamelijk onderzoek gewenst is in het kader van een 'maagdelijkheidsverklaring', is het wellicht aan te raden dit te laten verrichten door de arts die de verklaring schrijft. (We benadrukken nogmaals dat dit lichamelijk onderzoek feitelijk niet zinvol is.)

Informatie en advies

- Maak een onderscheid tussen de feiten over het maagdenvlies en de betekenis van maagdelijkheid voor de vrouw.
- Informeer over wat het maagdenvlies wel en vooral niet is.
- Bespreek de feiten rondom pijn en bloedverlies bij de eerste keer gemeenschap.
- Bespreek de feiten en fabels over het controleren van de maagdelijkheid.
- Bespreek de mogelijkheden om bloedverlies te veroorzaken.
- Geef de folder 'Feiten en fabels over het maagdenvlies' van Rutgers mee en verwijs eventueel naar Sense, Geen Taboes Marokko, Geen Taboes Hababam of Mythe ontkracht.

Verwijzen

In geval van persisterende wens tot operatie van het maagdenvlies, verwijs naar een kliniek waar een counselingsprogramma geboden wordt. Zoek in de regio. De cliënte krijgt dan diverse oplossingen voor haar probleem aangereikt (zie boven), waarvan een operatie er één is. Bij ontbreken van mogelijkheden in de regio kan eventueel verwezen worden naar het AMC of het OLVG-West, beide in Amsterdam.

14.2.7 Vrouwenbesnijdenis (VGV)

Vrouwelijke genitale verminking (VGV) is een ingreep aan de uitwendige geslachtsorganen, zonder medische noodzaak. Hierbij wordt een deel of het geheel van de externe genitaliën weggesneden. VGV wordt ook wel meisjesbesnijdenis genoemd. Meisjesbesnijdenis is een cultureel gebruik, soms verweven met religie, plaatsvindend in delen van Afrika, het Midden-Oosten en Azië. In sommige landen is meer dan 80% van de meisjes

besneden. De leeftijd waarop de ingreep plaatsvindt, is meestal tussen de 4 en 12 jaar, soms vlak na de geboorte of vlak voor het huwelijk.

Er worden vele sociale en seksuele redenen voor VGV genoemd. Onderstaande redenen zijn de meest genoemde:

- Besnijden bepaalt mede de etnische identiteit van het meisje. Het markeert de toetreding tot de eigen groep of samenleving. Dit heeft te maken met opvattingen, waarden en normen rond zaken als maagdelijkheid, kuisheid en reinheid.
- Besnijden beschermt de maagdelijkheid van het meisje.
- Besnijden vergroot haar huwelijkskansen.

Er zijn vier manieren van besnijden:

- soenna-besnijdenis: de clitorisvoorhuid wordt ingesneden of verwijderd;
- excisie van de gehele of een deel van de glans clitoridis samen met de binnenste schaamlippen;
- infibulatie: vernauwen van de vaginale opening door wegsnijden en aan elkaar hechten van de kleine schaamlippen en/of de grote schaamlippen, met of zonder verwijdering van de clitoris;
- alle andere schadelijke handelingen aan de vrouwelijke geslachtsorganen om niet-medische redenen, zoals prikken, kerven, schrapen en wegbranden.

De term soenna wordt in de praktijk voor alle vormen van VGV gebruikt. Het is dus nodig door te vragen over wat er precies is gedaan.

Naast de kans op complicaties vlak na de ingreep, kan besnijdenis leiden tot:

- seksuele problemen, zoals verlies van seksuele functie en gevoel, pijn bij gemeenschap;
- plasproblemen en chronische urineweginfectie;
- menstruatieproblemen, vruchtbaarheidsproblemen ten gevolge van infectie en littekenweefsel en problemen bij de bevalling;
- chronische buikklachten en fistelvorming;
- psychosomatische en psychosociale problemen.

Een hersteloperatie waarbij de nauwe opening verwijd wordt, kan door een gynaecoloog verricht worden. (Beperkte) reconstructie wordt door een klein aantal specialisten gedaan.

VGV is een bijzondere en ernstige vorm van kindermishandeling en is in Nederland strafbaar. De wet- en regelgeving rondom kindermishandeling is ook van toepassing op VGV. Voor VGV is een artikel in de wet toegevoegd dat het mogelijk maakt om een besnijdenis die in het buitenland is uitgevoerd, te vervolgen, ook als dit in het betreffende land niet strafbaar is.

Sinds 1 juli 2013 is de wet *Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling* (waaronder VGV) in werking getreden. Voor iedere professional geldt bij een vermoeden van een dreigende of (recent) uitgevoerde meisjesbesnijdenis dat hij of zij moet handelen volgens het stappenplan behorende bij de eigen meldcode.

Het beleid in Nederland rondom VGV bestaat uit een combinatie van preventie, wetshandhaving én aandacht voor goede zorg voor meisjes en vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan. JGZ en Veilig Thuis zijn

enkele van de betrokken partijen in deze ketenaanpak. Pharos is expertisecentrum op het gebied van VGV.

Anamnesevragen
In kader 14.7 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 14.7: Vragen tijdens consult rondom VGV

- Wat is de klacht?
- Wat is de hulpvraag?
- Wat is haar afkomst (of van haar ouders)?
- Wat is de betekenis van de besnijdenis voor de cultuur en voor de vrouw zelf?
- Welke vorm van besnijdenis is toegepast en wanneer?
- Wat zijn de gevolgen van de besnijdenis, destijds en nu, lichamelijk, psychisch en seksueel?
- Wat is de aanleiding om nu hulp te zoeken?

Lichamelijk onderzoek

- In principe niet zinvol bij de GGD polikliniek seksuele gezondheid, tenzij getwijfeld wordt of er besnijdenis heeft plaatsgevonden.

Informatie en advies

- Informeer over de mogelijkheden tot herstel en reconstructie van de vulva.

Verwijzen

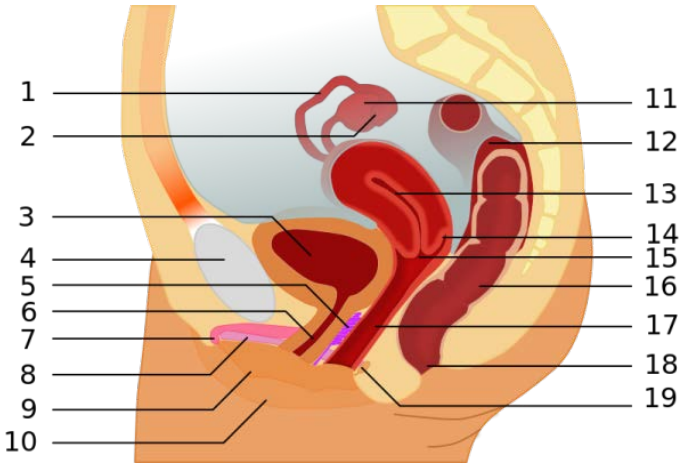
- Bij verstoorde functie en wens tot herstel/reconstructie: via de huisarts naar gespecialiseerde gynaecoloog (raadpleeg de regionale sociale kaart).
- bij dreigende VGV: neem contact op met de JGZ afdeling van de eigen GGD of met Veilig Thuis, centrum voor advies en hulp bij huiselijk en seksueel geweld (telefoon 0800-2000, 24 uur per dag en 7 dagen in de week bereikbaar).

14.2.8 G-plek

De G-plek of gräfenbergplek bevindt zich op ongeveer 3 cm van de ingang van de vagina, aan de voorwand van de vagina en vormt een onderdeel van het clitorale gebied (zie figuur 14.2).

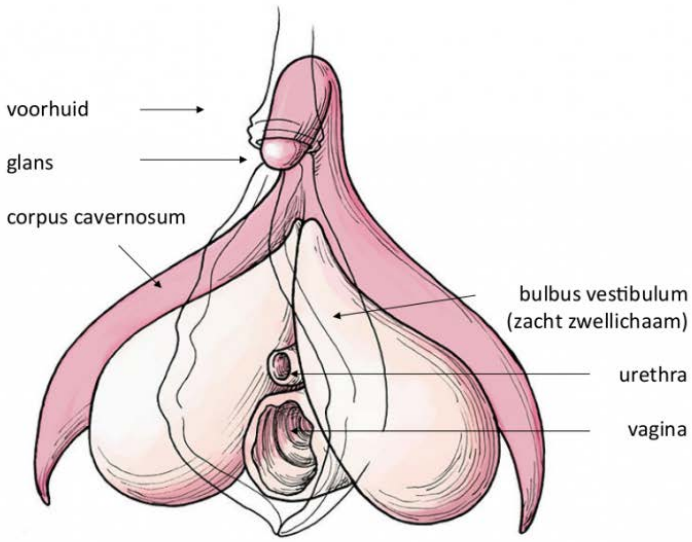
Dat wat in de volksmond ‘de clitoris’ genoemd wordt, is in feite slechts het topje (glans) van het gehele clitorale complex. Dit plooit zich vanaf de glans via twee uitlopers (crura clitoridis) om de vagina (zie figuur 14.3) en bestaat uit soms zeer gevoelige zwellichamen. De G-plek is de plek waar het crus zich splitst om zich rondom de vagina te plooien. De gevoeligheid van de G-plek varieert sterk. Het lukt niet iedere vrouw om de G-plek bij zichzelf te lokaliseren.

Figuur 14.2 Anatomie van de vrouwelijke geslachtsorganen.



Legenda: 1. tubae, 2. fimbriae, 3. blaas, 4. schaambeen, 5. G-plek, 6. urethra, 7. clitoris, 8. vestibulum vaginae, 9. binnenste schaamlippen, 10. buitenste schaamlippen, 11. ovaria, 12. dikke darm, 13. uterus, 14. fornix uteri, 15. portio, 16. rectum, 17. vagina, 18. anus, 19. klier van Bartholin.
Bron: Wikipedia-pagina Clitoris, vrij van auteursrechten, geraadpleegd 2-3-2016.

Figuur 14.3 Clitoris (Handboek seksuele gezondheid).



Bij sterke seksuele opwinding kan stimulatie van de G-plek, door een vinger, penis of seksspeeltje, erg plezierig aanvoelen en tot een orgasme leiden. Dat orgasme kan anders aanvoelen dan het orgasme bij stimulatie van de glans clitoridis. Het herkennen en genieten van de G-plek is geen must.

Anamnesevragen
In kader 14.8 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 14.8: Vragen tijdens consult rondom de G-plek:

- Wat is de hulpvraag van de cliënte?
- Wat is de aanleiding voor de vraag?
- Wat zijn de verwachtingen van de cliënte en eventueel haar partner?
- Is de cliënte tevreden over haar seksuele leven?
- Zijn er seksuele problemen?

Lichamelijk onderzoek

- Niet zinvol.

Informatie en advies

- Geef informatie over de anatomie van de clitoris en de G-plek en de betekenis ervan bij seksuele opwinding.
- Stimuleer de cliënte en eventueel haar partner tot het onderzoeken van wat voor haar/hen plezierige en opwindende seksuele handelingen zijn, desgewenst inclusief het onderzoeken van de betekenis voor haar/hen van de G-plek.

Verwijzen

- Niet nodig.

14.2.9 Vrouwelijke ejaculatie

Vrouwelijke ejaculatie wordt omschreven als het uitstoten van vocht uit de vagina of de urinebuis tijdens het orgasme van de vrouw. De bekendheid van het fenomeen is gegroeid nadat het zijn intrede heeft gedaan in pornofilms, waarin de betekenis ervan enorm werd uitvergroot.

Inmiddels is bekend dat het kan gaan om:

- secretie uit de para-urethrale klieren (klieren van Skene), vocht lijkend op prostaatvocht dat bij sterke opwinding vrij kan komen door stimulatie van de G-plek;
- vaginaal exsudaat ten gevolge van seksuele opwinding;
- urine als gevolg van bekkenbodemoveractiviteit en/of het samentrekken van de bekkenbodem tijdens het orgasme (dit blijkt vooral het geval te zijn bij uitscheiding van veel vocht).

Soms wordt het ontbreken van ejaculatie door vrouwen gemeld als klacht. Aan het verlies van urine tijdens het orgasme wordt echter zelden een positieve betekenis gehecht. Informatie over wat het vochtverlies bij het orgasme wel en vooral ook niet inhoudt, kan vrouwen helpen zichzelf niet als seksueel onvolwaardig te beschouwen. Bij ongewild urineverlies tijdens het orgasme kan verwijzing naar een uroloog, gynaecoloog of bekkenfysiotherapeut overwogen worden. Dit gebeurt via de huisarts.

Anamnesevragen

In kader 14.9 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 14.9: Vragen tijdens consult rondom vrouwelijke ejaculatie

- Wat is het probleem en wat is de hulpvraag van de cliënte?
- Wat is de betekenis van het probleem voor cliënte en haar partner?
- Wat bemerkt de cliënte of haar partner op welk moment van het seksueel contact?
- Welke kleur en geur heeft het vrijkomende vocht?
- Is er sprake van onwillekeurig urineverlies?
- Zijn de cliënte en haar partner tevreden over het seksueel contact?
- Zijn er andere seksuele problemen?

Lichamelijk onderzoek
Niet zinvol.

Informatie en advies

- Normaliseer waar mogelijk.
- Geef informatie over het fenomeen vrouwelijke ejaculatie en de samenstelling van het vocht.
- Benadruk dat het ontbreken van een vrouwelijke ejaculatie geen teken is van seksuele onvolwaardigheid.
- Benadruk het belang van een positieve beleving van seksualiteit, onafhankelijk van druk vanuit peers of de media.

Verwijzen

- Bij ongewild urineverlies, al of niet bij het orgasme: naar de huisarts.

14.3 De man

14.3.1 Huid

Plekjes op de geslachtsdelen kunnen leiden tot ongerustheid, schaamte en angst voor soa. Dit laatste vormt vaak de aanleiding om naar de GGD polikliek seksuele gezondheid te komen. Een soa-anamnese geeft richting aan het beleid (zie deeldraaiboek 7). Bij afwezigheid van een soa is het belangrijk dat de arts veel voorkomende onschuldige beelden herkent.

Elke cliënt met een huidafwijking die niet verklaard kan worden door een soa en niet binnen het fysiologische spectrum past, dient verwezen te worden naar de huisarts. Deze kan zo nodig verwijzen naar een dermatoloog. Op de poliklinieken waar een dermatoloog in dienst is, kan deze uiteraard geraadpleegd worden.

Een ‘parelketting’ van regelmatig gevormde glazige bolletjes rondom de rand van de glans penis wijst op pearly penile papules, een normale variant die niet hoeft worden behandeld. Onderscheid met genitale wratten is meestal duidelijk, op grond van vorm en regelmatige rangschikking.

Kleine witgele bultjes op de schacht van de penis of de balzak zijn onschuldige, vergrote talgklieren (plekjes van Fordyce).

Rode plekken op de geslachtsdelen kunnen vele oorzaken hebben. De differentiaaldiagnose is groot en wordt hier zeer beperkt besproken.

Huidaandoeningen als eczeem, psoriasis en candida komen regelmatig voor, ook in de vorm van balanitis.

Rode plekjes kunnen door scheren ontstaan. Rode vlekjes, al of niet jeukend, kunnen ook wijzen op mechanische irritatie (door langdurige gemeenschap of onvoldoende lubricatie bij de partner, masturberen of manipuleren met handen of voorwerpen) of overmatige hygiëne.

Anamnesevragen
In kader 14.10 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. De vragen zijn aanvullend aan de soa-anamnese (zie deeldraaiboek 7).

Kader 14.10: Vragen tijdens consult rondom de huid

- Kan de cliënt de klacht inclusief aanvang, beloop en locatie omschrijven?
- Zijn er bijkomende klachten als jeuk, pijn, branderigheid, ziek zijn?
- Kan er sprake zijn van overmatige hygiëne?
- Is er een relatie met seksuele activiteit?
- Kan er sprake zijn van langdurig seksueel contact of masturberen?
- Zijn er seksuele problemen?
- Is cliënt gezond? Gebruikt hij medicatie?
- Is cliënt bekend met een huidaandoening zoals eczeem, psoriasis of een andere huidziekte?
- Heeft de cliënt zelf enig idee over de oorzaak?

Lichamelijk onderzoek
- Zie deeldraaiboek 7 voor soa-anamnese.

Informatie en advies
- Geef informatie over hygiëne.
- Geef informatie over langdurig seksueel contact en het belang van voldoende lubricatie bij vaginale penetratie of glijmiddel bij anale penetratie.
- Normaliseer pearly penile papules.

Verwijzen
- Bij niet-soa-gerelateerde huidklachten zoals eczeem, lichen sclerosus of een andere huidaandoening of bij twijfel aan de diagnose: naar huisarts.

14.3.2 Scrotum

De balzak bevat de beide testikels met bijbal en met hun zaadstreng in twee afzonderlijke compartimenten, met een septum ertussen. De testikels zijn vaak niet even groot en meestal hangt de linker testikel lager dan de rechter. Duidelijk grootteverschil, al of niet gepaard gaande met pijn, kan wijzen op een ontsteking, een hydrocele of een tumor. Zeer acute pijn en zwelling aan één kant kan wijzen op een draaiing van de testikel. Dit vormt een acute verwijsindicatie naar een spoedeisende hulp.

De bijbal is goed palpabel op de testikel. Pijn kan wijzen op een bijbalontsteking (epididymitis). Soms wordt een weke zwelling gevoeld naast de bijbal. Dit kan wijzen op een spermatocele of varicocele. Deze zijn meestal niet pijnlijk.

De huidskleur van de balzak kan wat donkerder zijn dan de rest van de huid. Zonder bijkomende klachten is dit niet afwijkend. In het geval van jeuk kan er sprake zijn van bijvoorbeeld een schimmelinfectie. Heftige jeuk kan wijzen op scabiës of schaamluis. In het laatste geval zal er ook jeuk zijn in de gehele behaarde schaamstreek, maar soms ook op het behaarde hoofd, in de wenkbrauwen en op de behaarde borstkas.

Anamnesevragen
In kader 14.11 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 14.11: Vragen tijdens consult rondom de balzak

- Kan de cliënt de klacht inclusief aanvang, beloop en locatie omschrijven?
- Heeft de cliënt een idee over een oorzaak?
- Is er eventueel een partner met klachten of is er een relatie met seksueel contact?
- Wat heeft cliënt zelf geprobeerd?

Lichamelijk onderzoek

- Let op verkleuringen van de huid, bultjes, rode vlekjes, etc.
- Let op zwelling van de bal, de bijbal of het scrotum.
- Let op duidelijk grootteverschillen tussen de beide testes, afwezige testikels, zwellingen in een testikel en let op pijn bij palpatie.

Informeren en advies

- Normaliseer enige variatie in grootte van scrotum en testikels, normaliseer talgkliertjes.
- Adviseer te stoppen met scheren en adviseer betadine bij irritatie van de haarfollikels.

Verwijzen

- Bij sterke asymmetrie, een al of niet pijnlijke zwelling in de testikel of het scrotum, of een afwezige testikel: verwijs naar de huisarts.
- Bij acute eenzijdige heftige pijn in verband met een torsio testis: verwijs direct naar een spoedeisende hulp. Aarzel niet: acute hulp is geboden. Behoud van de testikel hangt sterk samen met de termijn waarop operatief herstel van de draaiing plaatsvindt. Herstel van de bloedvoorziening binnen 6 uur geeft 90-100% kans op behoud van de testikel, maar geeft zelfs dan nog geen garantie op functieherstel.

14.3.3 Vorm en afmeting van de penis

De penis kent vele vormen, variërend van breed aan de basis naar taps toelopend, tot smal aan de basis met een knotsvorm. Ook de lengte varieert enorm. De gemiddelde lengte in slappe toestand is 6-12 cm. Van een zeer kleine penis wordt gesproken bij een lengte <4 cm. In erectie bedraagt de lengte gemiddeld 8-22 cm, gemeten vanaf de basis aan de buikzijde tot de top van de eikel.

Sterke preoccupatie met de lengte van de penis kan leiden tot vermijdingsgedrag en seksuele problemen. Bij een lengte van minder dan 7 cm in erectie kan coïtus moeilijk zijn. Dit komt echter zelden voor. Bij obese mannen kan de penis kleiner lijken door toename van vet op de onderbuik.

Er kan sprake zijn van enige scheefstand, in slappe of erectiele toestand, dit is meestal onschuldig. Sommige jongens hebben dit vanaf de geboorte. Een kromme penis in erectie kan in een enkel geval problemen geven bij coïtus.

Een verworven kromstand van de penis kan het gevolg zijn van een trauma of van de ziekte van Peyronie. Deze laatste aandoening komt vooral voor op de leeftijd van 40 tot 60 jaar, zelden bij jonge mannen.

Hypospadie is een aangeboren afwijking bij jongens waarbij de plasbuis te kort is en niet uitmondt aan de top van de penis. De ernst hangt samen met de locatie van de uitmonding. Hypospadie komt voor bij 1 op de 200 à 300 jongens, het wordt een enkele keer gezien op de soa-polikliniek. Het kan samengaan met enige kromstand tijdens erectie.

Anamnesevragen
In kader 14.12 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 14.12: Vragen tijdens consult rondom de vorm en afmeting van de penis

- Wat is de precieze klacht (lengte, vorm, stand)? Laat de cliënt de lengte, vorm of stand concreet beschrijven. Een foto laten maken van de penis door de cliënt kan ook.
- Is de klacht primair of secundair aanwezig?
- Wat is het beloop van de klacht (aanvang/aanleiding bij secundaire klachten, toename)?
- Welke last wordt ervaren van de klacht en wat zijn de gevolgen van de klacht (lichamelijk, psychisch, seksueel, relationeel), voor de cliënt en/of zijn partner?

Lichamelijk onderzoek
- Alleen bij aanwijzingen voor vormafwijking, scheef-/kromstand of zeer kleine penis.

Informatie en advies
- Breng de mogelijke psychoseksuele gevolgen van de klacht ter sprake als cliënt dat niet uit zichzelf doet.
- Bespreek schaamte en vermijdingsgedrag.
- Normaliseer waar mogelijk, benadruk de normale variatie in vorm en grootte.
- Informeer dat over het algemeen de grootte van de penis niet van belang is. Geef eventueel informatie over variatie in seksuele handelingen.

Verwijzen
Via huisarts naar uroloog:
- bij hinderlijke of toenemende kromming;
- bij hypospadie;
- bij penislengte <4 cm in slappe toestand en <7 cm in erectie.

14.3.4 Pijnklachten

Oorzaken van pijn aan de genitalia hangen samen met de locatie van de pijn en het moment waarop de pijn optreedt. Huidinfecties en soa worden eerst uitgesloten.

Pijn bij seksueel contact of masturberen kan te maken hebben met een te nauwe voorhuid of een kort toompje. Een te nauwe voorhuid kan ontstaan als gevolg van recidiverende infecties of doordat de voorhuid niet is mee gerekt bij erecties (door angst voor aanraking van de penis of masturberen, bijvoorbeeld in het kader van seksuele remmingen).

Pijn aan de schacht met toename van kromstand kan het gevolg zijn van de ziekte van Peyronie, die bij wat oudere mannen voorkomt en kan leiden tot pijn bij gemeenschap.

Pijn in de schacht van de penis kan, net als pijn in de balzak, de lies en het perineum, veroorzaakt worden door bekkenbodemhypertonie. De hypertonie kan het gevolg zijn van onder andere chronische lichamelijke aandoeningen, psychische spanningen (kort of al vanaf de jeugd bestaand), seksuele remmingen en negatieve seksuele ervaringen. Bekkenbodemhypertonie kan gegeneraliseerd zijn (met klachten op het gebied van mictie, defecatie en/of andere spanningsklachten als rug-, nek-, kaak- en hoofdpijn) of situatief, bijvoorbeeld alleen tijdens masturberen of seksueel contact.

Een aanhoudende, pijnlijke erectie wordt priapisme genoemd. Priapisme kan veroorzaakt worden door diverse ziekten. Bij de soa-polikliniek zal deze aandoening voornamelijk gezien worden als complicatie van het gebruik van medicatie (papaverine-injecties, SSRI), Spaanse vlieg of drugs als cocaïne. Priapisme langer dan 4 uur kan schade opleveren aan de zwellichamen en vormt dan ook een acute verwijsindicatie.

Acute pijn in de balzak kan wijzen op een torsie van een testikel (zie § 14.3.2).

Kader 14.13: Vragen tijdens consult rondom pijnklachten

- Waar bevindt zich de pijn (eikel, voorhuid, schacht, balzak, lies, perineum)?
- Hoe lang bestaat de pijn (acuut of niet)?
- Wanneer treedt de pijn op (spontaan, bij dagelijkse verzorging, bij masturberen en/of seksueel contact)?
- Is de klacht primair of secundair en wat is het beloop van de pijnklacht?
- Kan er sprake zijn van een soa of andersoortige infectie?
- Is er sprake van medicatie- of drugsgebruik?
- Wat zijn de gevolgen van de pijn?
- Vraag bij onvoldoende duidelijke oorzaak naar problemen met mictie (pijn, frequent plassen, alsmaar aandrang, onvolledige lediging, recidiverende urineweginfecties), defecatie (hoge of zeer lage frequentie, harde, sterk wisselende of dunne consistentie, pijn, aambeien/kloofjes, buikklachten zoals spastische darm) en andere pijnklachten.
- Vraag, indien geïndiceerd, naar mogelijke factoren voor bekkenbodemhypertonie.

Anamnesevragen
In kader 14.13 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Lichamelijk onderzoek
- Let op zwellingen, vormafwijkingen, wondjes, voorhuidvernauwing, verkort toompje.
- Laat de cliënt zelf de voorhuid naar achter schuiven. Je kunt dan direct observeren hoe cliënt met zijn penis en voorhuid omgaat.
- Doe (bij voldoende ervaring) eventueel onderzoek naar bekkenbodemhypertonie.

Informatie en advies
- Bij te nauwe voorhuid zonder pijn: oefenen de voorhuid voorzichtig met behulp van babyolie of glijmiddel naar achter te bewegen, tot over de eikel, eerst in slappe toestand en als dat goed gaat in erectie.
- Als dat niet lukt of als er sprake is van een vernauwde voorhuid met pijn, kan er gekozen worden voor verdere behandeling door middel van 2dd clobetasol (klasse 4 corticosteroïdcrème) Dit kan door een arts op de soa-poli worden voorgeschreven, maar meestal zal hiervoor naar de huisarts verwezen worden. Zie verder deeldraaiboek 12.
- Een te kort toompje scheurt soms vanzelf in, maar bij slechte genezing kan verlittekening en dus sterkere verkorting optreden.
- Bij aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie: leg de relatie uit tussen de pijnklachten, de bekkenbodem en onderliggende factoren.

Verwijzen
- Bij aanwijzingen voor een torsio testis of priapisme: naar uroloog via spoedeisende hulp.
- Bij aanhoudend nauwe voorhuid of een te kort toompje: via huisarts naar uroloog.
- Bij aanrakingsangst of sterke seksuele remmingen: via huisarts naar seksuoloog.
- Bij aanwijzing voor bekkenbodemhypertonie: via huisarts naar bekkenfysiotherapeut. Zoek naar een bekkenfysiotherapeut die ook oog heeft voor de achterliggende factoren en voor seksualiteit. Soms is tegelijkertijd begeleiding door een psycholoog-seksuoloog NVVS nodig.

14.3.5 Afscheiding uit de plasbuis
Verondersteld wordt dat een soa reeds is uitgesloten (zie deeldraaiboek 7).

Ook als er geen sprake is van soa of urethritis, kan er soms spontaan vocht uit de plasbuis komen. Het kan gaan om voorvocht, waarbij de seksuele opwinding niet opvalt of weer weg is.

Bij nachtelijk vochtverlies is er meestal sprake van een zaadlozing die op kan treden bij spontane nachtelijke erecties. Nachtelijke erecties zijn fysiologisch en bij jonge mannen kunnen ze samengaan met zaadlozingen. Niet iedere jonge cliënt is daarvan op de hoogte.

Bezorgdheid over de afscheiding kan leiden tot alsmaar controleren of het nog aanwezig is, door knijpen en leegdrukken van de plasbuis. Dit kan chronische irritatie met afscheiding (ook wel milking urethritis genoemd) tot gevolg hebben, wat de fixatie van de man versterkt.

Soms wordt afscheiding uit de plasbuis veroorzaakt door manipulatie met voorwerpen in de plasbuis (sounding).

Anamnesevragen
In kader 14.14 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. De vragen zijn aanvullend aan de soa-anamnese.

Kader 14.14: Vragen tijdens consult rondom afscheiding uit de plasbuis

- Wanneer is de klacht ontstaan? Wat is de duur en het beloop van de klacht?
- Wanneer treedt de klacht op? Is er een relatie met seksuele activiteit?
- Vraag naar mogelijke oorzaken (fysiologische respons nachtelijk of in kader van opwinding)? Is er sprake van manipulatie van de penis (bijvoorbeeld door een psychische stoornis)?
- Wat zijn de gevolgen van de klacht?

Lichamelijk onderzoek
- Let op sporen van manipulatie.

Informatie en advies
- Bespreek en normaliseer fysiologische respons overdag en 's nachts.
- Adviseer te stoppen met alsmaar leegdrukken van penis of manipuleren van de penis.

Verwijzen
- Zie deeldraaiboek 7.
- Bij een psychische stoornis (bijvoorbeeld angststoornis of obsessief compulsieve stoornis): via huisarts naar psychiater.

14.3.6 Besnijdenis

Besnijdenis van jongens en mannen bestaat uit het chirurgisch verwijderen van de voorhuid van de glans penis. Besnijdenis kent medische, religieuze en culturele achtergronden. Naar schatting is in Nederland circa 6% van de mannen van 15 jaar en ouder besneden. Jaarlijks worden in Nederland 10.000-15.000 minderjarige jongens besneden, voornamelijk om niet-therapeutische redenen.

Complicaties van besnijdenis bestaan onder andere uit infecties, bloedingen en vernauwingen van de plasbuis. Op de soa-polikliniek kunnen de late effecten van deze complicaties aan de orde komen, als onderdeel van het niet gebruiken van condooms of seksuele problematiek.

Besnijdenis kan gevolgen hebben voor de seksualiteit van de man. Naast het verlies van een erotogeen lichaamsdeel, zal vooral de gevoeligheid van huid van de eikel anders zijn. Direct na de besnijdenis is de ontblote huid van de eikel gevoelig, door direct contact met bijvoorbeeld kleding zal toename van verhoorning van de huid optreden. De hinder van deze gevolgen verschilt per individu. In sommige studies worden orgasmeproblemen vaker gerapporteerd onder besneden mannen. Reviews over de seksuele gevolgen van besnijdenis

van mannen laten overigens geen overtuigend bewijs zien voor verminderd seksueel functioneren door de ingreep.

Ook de emotionele impact verschilt sterk, afhankelijk van de betekenis van de ingreep voor de betreffende persoon. Verzoek tot reconstructie van de voorhuid komt voor.

Wereldwijd staat 'male circumcision' ter discussie. Aan de ene kant gaan er geluiden op om in landen waar antiretrovirale medicatie niet breed voorhanden is, circumcisie vaker preventief toe te passen in de strijd tegen hiv. Aan de andere kant wordt niet-therapeutische circumcisie bij minderjarigen vaker dan voorheen gezien als schending van de lichamelijke integriteit. In Nederland benoemt artsenorganisatie KNMG niet-therapeutische jongensbesnijdenis als schadelijk en een ernstige schending van fundamentele kinderrechten. De KNMG erkent echter ook de culturele en religieuze betekenis van de ingreep en roept daarom op tot debat.

Anamnesevragen
In kader 14.15 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult.

Kader 14.15: Vragen tijdens consult rondom besnijdenis

- Welke klachten ondervindt de cliënt?
- Wanneer heeft de besnijdenis plaatsgevonden en om welke reden?
- Zijn de klachten tijdens, korte tijd na of langere tijd na de besnijdenis ontstaan?
- Hoe is het beloop van de klachten?
- Wat maakt dat de cliënt de klachten wijt aan de besnijdenis?
- Ervaart de cliënt ook hinder tijdens seksuele activiteit?
- Wat is de betekenis van de besnijdenis voor de cliënt?
- Is de cliënt verder gezond (lichamelijk en psychisch)?
- Heeft de cliënt behoefte aan hulp en zo ja, welke hulp?

Lichamelijk onderzoek
- Alleen zinvol bij aanwijzingen voor een ernstige lichamelijke complicatie van de ingreep, bij de wens tot aanvullende hulp.

Informatie en advies
- Verhelder indien nodig de relatie tussen de ingreep en de ervaren klachten. Maak eventueel een tijdlijn en bespreek eventuele andere omstandigheden die van invloed kunnen zijn op de klachten.

Verwijzen
- In geval van lichamelijke complicaties of bij wens tot reconstructie: via huisarts naar uroloog of plastisch chirurg.
- Bij ernstige psychische problemen: via huisarts naar GGZ.
- Bij seksuele problemen: naar seksuoloog NVVS, eventueel via huisarts.

14.4 Beide seksen

14.4.1 Anus en anale seks

Anale seks vindt plaats in zowel homo- als heteroseksueel contact en kan vragen opleveren bij zowel mannen als vrouwen.

Omdat de inwendige anale kringspier reflexmatig reageert met kortdurend aanspannen, is het nodig om bij anale penetratie enige voorzichtigheid te betrachten. Door een vinger tegen de anus te leggen of langzaam te manipuleren, kan de kringspier wennen aan aanraking. Gebeurt dit niet, dan kan de anus beschadigingen oplopen en kan het slijmvlies pijnlijk en geïrriteerd raken. Bij penetratie dient veel glijmiddel (op water- of siliconenbasis) te worden gebruikt. Te diepe penetratie kan pijnlijk zijn voor de ontvangende partij.

Bij onbeschermd anaal seksueel contact kunnen soa overgedragen worden, die onder andere klachten kunnen geven van afscheiding uit de anus, branderigheid, wratjes of blaasjes (zie deeldraaiboek 7).

Soms is er echter geen sprake van een soa, maar gaat het om aambeien of skintags. Deze kunnen verwijderd worden bij heftige pijnklachten, bemoeilijkte reiniging of uit cosmetisch oogpunt.

Vochtige doekjes kunnen leiden tot droge huid, wondjes of eczeem. Rectale spoelingen kunnen leiden tot verstoring van de darmflora en kwetsbaar slijmvlies.

De betekenis van anale seks voor mensen verschilt. Niet iedereen vindt anale seks prettig. Anale seks is geen verplichting. Met beleid uitgevoerd kan anale seks geen kwaad en sperma in het rectum is geen probleem. Anale spoelingen, om te zorgen dat er geen ontlastingsresten meekomen bij anale seks, kunnen beschadigingen en verstoring van de darmflora tot gevolg hebben. Deze worden om die redenen afgeraden. Wil een cliënt(e) toch anale spoelingen toepassen, dan is het van belang dat het voorzichtig en alleen met water gebeurt (zie Mantotman.nl).

Anamnesevragen

In kader 14.16 worden de vragen beschreven die gesteld kunnen worden tijdens een consult. De vragen zijn eventueel aanvullend aan de soa-anamnese.

Kader 14.16: Vragen tijdens consult rondom de anus of anale seks

- Wat is het precieze probleem?
- Wat is de hulpvraag (en van wie komt deze)?
- Hoe is de duur en het beloop van eventuele klachten?
- Is er een relatie met anaal seksueel contact?
- Kan er sprake zijn van een soa?
- Was/is de cliënt de penetrerende of de ontvangende partij?
- Welke seksuele technieken worden gehanteerd?
- Wat zijn de hygiënegewoonten van de cliënt(e)?
- Wat is de betekenis voor de cliënt(e)? Is anaal contact gewenst door de cliënt(e)?
- Zijn er aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie (primair of secundair, mictie-, defecatie- en fluorproblemen)?

Lichamelijk onderzoek

- Zinvol bij soa-klachten, huidproblemen en aanwijzingen voor beschadiging.

Informatie en advies

- Wijs erop dat anale seks geen plicht is, net zo min als elke andere seksuele handeling.
- Anale seks is, mits met beleid uitgevoerd, niet schadelijk.
- Bouw anale penetratie rustig op, zorg voor voldoende ontspanning en gebruik glijmiddel (op water- of siliconenbasis).
- Gebruik condooms ter bescherming tegen soa.
- Adviseer eventueel ontspanningsoefeningen voor de bekkenbodem (Van Lankveld 2010).
- Adviseer terughoudendheid met vochtige doekjes en frequente rectale spoelingen.

Verwijzen

- Bij beschadiging van de anus en bij hardnekkige huidproblemen: naar de huisarts.
- Bij aanwijzingen voor bekkenbodemhypertonie: via de huisarts naar een bekkenfysiotherapeut.

Referenties

- van Bergen J 2015. Dokter, ben ik nu onvruchtbaar? (geraadpleegd 2-3-2016).
- Hage JJ, Karim RB, Paarlberg KM, Weijenborg TM 2008. Modelprotocol labiumreductie: counseling en behandeling van vrouwen met een verzoek om reductie van de labia minora. NVPC en NVOG (geraadpleegd 2-3-2016).
- van Lankveld J, ter Kuile M, Leusink P 2010. Seksuele disfuncties: diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn Stafleu Loghum.
- Leusink P, Ramakers M 2014. Handboek seksuele gezondheid: probleemgeoriënteerd denken en handelen. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- van Moorst BR van, van Lunsen RH, van Dijken DK, Salvatore CM 2012. Backgrounds of women applying for hymen reconstruction: the effects of counselling on myths and misunderstandings about virginity, and the results of hymen reconstruction. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 17(2):93-105.
- Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Hehenkamp WJK, Janssen CAH, Burgers JS, Opstelten W, de Vries CJH 2014. NHG-standaard Vaginaal bloedverlies (geraadpleegd 2-1-2017).
- Nederlandse Vereniging voor Urologie. Hypospadie bij kinderen (geraadpleegd 2-7-2017).
- Standpunt NVU acute urologie 2015.
- Standpunt KNMG niet-therapeutische jongensbesnijdenis 2010 (geraadpleegd 2-7-2017).

Auteurslijst

De volgende onderdelen van het draaiboek Consult seksuele gezondheid zijn geschreven door de volgende auteurs:

Deeldraaiboek	**Auteur(s)**
1. Taken en verantwoordelijkheden	2016: Colette van Bokhoven (GGD Gelderland-Zuid) & Harry van Kruchten (GGD Hart voor Brabant)
	Herziening 2024: Sebastiaan Pronk (GGD Limburg-Noord)
2. Gespreksvoering consult seksuele gezondheid	2016: Fokke Postma (GGD Groningen) & Ralph Spijker (Soa Aids Nederland)
	Herziening 2024: Mariëtte Hamers (Soa Aids Nederland)
3. MSM advisering	2016: Paul Zantkuijl (Soa Aids Nederland)
	Herziening 2026: Patrick Dielissen (GGD Noord- en Oost-Gelderland)
4. Sekswerker advisering	2016: Mariette Hamers (Soa Aids Nederland)
5. Triage soa-testen	2016: Hanna Bos (Soa Aids Nederland)
	Herziening 2024: Hanna Bos (Soa Aids Nederland) & Colette van Bokhoven (GGD Gelderland-Zuid)
6. Testbeleid	2018: Hannelore Götz (GGD Rotterdam-Rijnmond)
	Herziening 2024: Rivka Siebesma (GGD Gelderland-Zuid)
7. Beleid bij soa's en soa-gerelateerde syndromen	2016: Colette van Bokhoven (GGD Gelderland-Zuid) *(beleid)*
	2018: Hannelore Götz (GGD Rotterdam-Rijnmond) *(syndromen)*
	Herziening 2024: Puck Weve (GGD Rotterdam-Rijnmond) & Sandra van Hoeven (GGD Hart voor Brabant)
8. Hiv-pre-expositieprofylaxe (hiv-PrEP)	2018: Colette van Bokhoven (GGD Gelderland-Zuid)
	Herziening 2024: Mark van den Elshout (GGD regio Utrecht)
9. Seksaccidenten en seksueel geweld	2016: Colette van Bokhoven (GGD Gelderland-Zuid) & Charlie van de Weijden (GGD Flevoland)
	Verlenging 2024: idem
10. Anticonceptie	2016: Rosa Joosten (GGD regio Utrecht)
	Herziening 2024: Matthea van Hennik (GGD Haaglanden)
11. Hulp bij onbedoelde zwangerschap	2016: Colette Bokhoven-Rombouts (GGD Gelderland-Zuid)
	Herziening 2024: Matthea van Hennik (GGD Haaglanden)
12. Seksuele problemen	2016: Carien Manuels (GGD Amsterdam)

Deeldraaiboek	Auteur(s)
13. Seksuele oriëntatie en identiteit	2016: Carien Manuels (GGD Amsterdam)
	Herziening 2026: Aafke Duinmeijer (GGD Haaglanden) & Cynthia Pritsch (GGD Rotterdam-Rijnmond)
14. Fysiologie en normaliteitsvragen	2016: Carien Manuels (GGD Amsterdam)

Op- en aanmerkingen

Het draaiboek Consult seksuele gezondheid is een 'levend draaiboek', dat wil zeggen dat het te allen tijde aangepast kan worden als de actualiteit daar aanleiding toe geeft. Aanpassingen worden vermeld op de webpagina van het draaiboek. Suggesties voor aanvullingen zijn welkom via lci@rivm.nl. De redactieraad seksuele gezondheid zal uw opmerking in behandeling nemen.