De rol van de huisarts in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen:
een evidence-based werkmodel

Isabel Brosius, Universiteit Antwerpen

Promotor: Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

De rol van de huisarts in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen: een evidence-based werkmodel

Haio: Isabel Brosius

Universiteit Antwerpen

Promotor: Lieve Peremans

Praktijkopleider: Marino Verdickt

Context: Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) vormen een belangrijk gezondheidsprobleem in onze maatschappij omwille van hun toenemende frequentie en de impact van de complicaties van onbehandelde infecties. Er is nood aan een werkmodel voor een globale aanpak van het probleem, in de context van de Vlaamse huisartsenpraktijk, met aandacht voor zowel counseling als screening van de verschillende soa's.

Onderzoeksvraag: We proberen een antwoord te vinden op volgende klinische vragen: Hoe selecteer ik als huisarts de patiënten die in aanmerking komen voor een soa-screening? Welke patiënten moet de huisarts screenen en waarop? Hoe voert hij praktisch de screening uit en hoe vaak? Welke primair preventieve, pre-test- en post-testcounseling moet de huisarts bieden? Hoe organiseert de huisarts partneropsporing en waarschuwing?

Methode (literatuur & registratiewijze): De online richtlijnzoekers GIN en National Clearinghouse en de websites van specifieke richtlijnontwikkelaars werden tussen november 2011 en juni 2012 doorzocht. Alleen de relevante richtlijnen die voldoende hoog scoren op het criterium 'methodologie' van Agree II werden weerhouden. De kernboodschappen werden beoordeeld op hun toepasbaarheid in de Vlaamse huisartsenpraktijk en zo nodig aangepast. Vervolgens werden niveaus van evidentie en graden van aanbeveling toegekend volgens GRADE. Een aanvullende zoekopdracht werd uitgevoerd via PubMed en de Cochrane Library.

Resultaten: De huisarts doet minimaal één keer een seksuele risico-inschatting bij elke patiënt en noteert zijn bevindingen in het dossier. De leeftijd, afkomst, seksuele geaardheid en het risicogedrag van de patiënt bepalen of hij/zij gescreend wordt. Screening op gonorroe en chlamydia gebeurt aan de hand van DNA-amplificatietesten op eerstestraalsurine en afhankelijk van de blootstelling op rectale en/of keelwissers. Screening voor syfilis, hepatitis B, hepatitis C en HIV gebeurt op serum, met respectievelijk een treponemale test zoals TPPA, HBsAg, anti-HCV-antistoffen en een combinatie van anti-HIV-1 en -HIV-2- antistoffen en antigeen. MSM (mannen die seks hebben met mannen), prostituees en HIV-patiënten krijgen de meest uitgebreide screening. Vrouwen met risicogedrag worden getest op chlamydia, gonorroe en HIV. Bij screening op vraag kan een chlamydia-test volstaan. De huisarts motiveert de screening en legt de testprocedure uit. Een negatieve test wordt zo nodig herhaald na de 'window-periode'. De post-testcounseling na een positieve testuitslag laat ruimte voor emoties en vragen van de patiënt. Patiënten met een diagnose van syfilis, hepatitis B of C, of HIV worden verwezen, chlamydia en gonorroe worden door de huisarts behandeld. De huisarts geeft de patiënt de keuze tussen "patient referral" en "provider referral" om de partner(s) te contacteren en volgt het resultaat op. Risicopatiënten worden jaarlijks getest. Testen moet altijd samengaan met gedragsgerichte counseling op maat van de patiënt en met de nadruk op promotie van condoomgebruik.

Conclusies: Een evidence-based aanpak van soa's vereist primaire preventie onder de vorm van counseling en secundaire preventie onder de vorm van. De huisarts kan deze taken opnemen.

E-mail: isabel.brosius@gmail.com

ICPC-code: X99 en Y99

INHOUDSTAFEL

Inleiding 5

Doelstelling 10

Klinische vragen 10

Methodologie 11

Selectie van klinische vragen 11
Zoekstrategie 11
Beoordeling van de richtlijnen met AGREE II 12
Beoordeling van de toepasbaarheid van de kernboodschappen 12
Toekennen van GRADE 12
Aanvullende literatuursearch 13

Resultaten 14

Risico-bepaling / seksuele anamnese 14
Doelpopulatie voor soa-screening 16
Screeningsstrategie 18
Selectie van te testen soa's op basis van het risicoprofiel 18
Testmethodes 22
Screeningsfrequentie 28
Counselling 31
Primaire preventie 31
Pre-testcounselling 34
Post-test counseling 36

Belgische wetgeving 43

Verplichte melding infectieziekten 43
Hoe melden? 43
Gevalsdefinities 43
Minderjarige patiënten 43
Partnernotificatie 44

Kernboodschappen 45

Referenties 47

Bijlagen 54

Inleiding

Screening is een vorm van secundaire preventie, met als doel een aandoening op te sporen en te behandelen in een vroeg stadium, vóór het optreden van complicaties. Om geschikt te zijn als preventiestrategie voor seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) moeten zowel de aandoeningen als de testen die men gebruikt om ze vast te stellen aan bepaalde voorwaarden voldoen, deze werden onder andere door Wilson en Jungner werden beschreven. (zie bijlage 1)

Soa's zijn inderdaad een belangrijk gezondheidsprobleem in onze maatschappij omwille van de impact van de complicaties door langer bestaande, onbehandelde infecties en de toenemende frequentie van voorkomen van soa's.

Chlamydia en gonorroe ondermeer verantwoordelijk voor PID (pelvic inflammatory disease) en daaruit voortkomende chronische pijn, infertiliteit en buitenbaarmoederlijke zwangerschappen bij de vrouw en voor epididymitis, prostatitis en urethrale stricturen bij de man. Syfilis veroorzaakt in een tertiair stadium significante morbiditeit met neurologische sequelen en andere orgaanaantasting. Chronische hepatitis B en C geven op lange termijn aanleiding tot levercirrose en leverkanker en HIV lijdt onbehandeld tot een langzame aftakeling van het immuunsysteem, met opportunistische infecties en de dood tot gevolg. Alles tezamen een aanzienlijke belasting voor onze maatschappij met een hoge economische kost.

De toenemende frequentie blijkt uit epidemiologische gegevens die in België verzameld worden door een aantal parallel lopende registratiesystemen. Het is belangrijk om in het achterhoofd te houden dat we niet beschikken over harde prevalentie-cijfers, gezien geen systematisch onderzoek gebeurde naar soa's in een representatief staal van de bevolking.

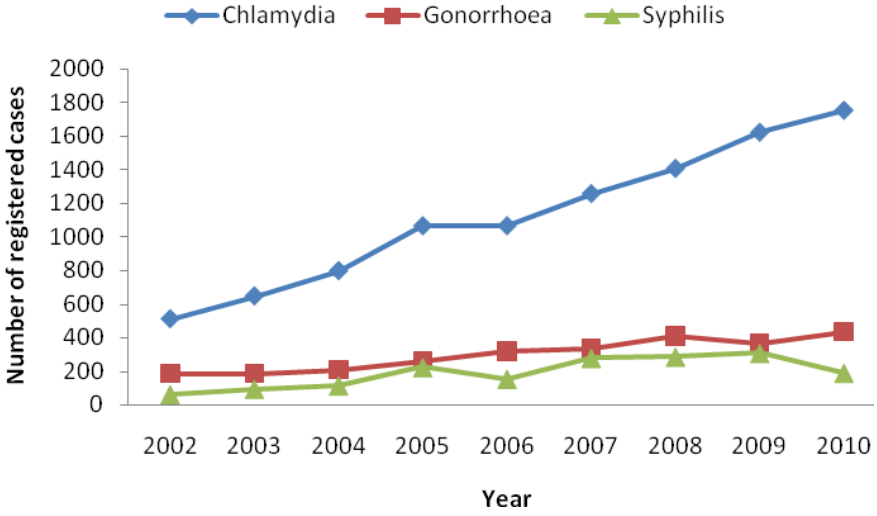
Volgende bronnen leveren het cijfermateriaal:

- het peilnetwerk van clinici voor de surveillance van soa's in België, bestaande uit verschillende over het land verspreide vrijwillig deelnemende sites die zowel uit de eerste lijn als uit relevante specialismen komen
- het netwerk van peillaboratoria voor microbiologie
- de verplichte aangifte aan de dienst Infectiebestrijding van de Gemeenschappen en
- De nationale registratie van HIV en AIDS, gebaseerd op gegevens afkomstig van de 9 AIDS-referentiecentra die via de AIDS-referentielaboratoria confirmatietesten uitvoeren.(1)

Zij noteerden de laatste jaren een gestage toename in het aantal gevallen van chlamydia, gonorroe en syfilis, naast uitbraken van voordien nauwelijks voorkomende soa 's zoals lymfogranuloma venereum (LGV) en hepatitis C via homoseksuele overdracht. Vooral de incidentie van chlamydia stijgt (2), een trend die we ook in andere

Europese landen zien (3) en die zich vooral onder jonge vrouwen het duidelijkst aftekent.

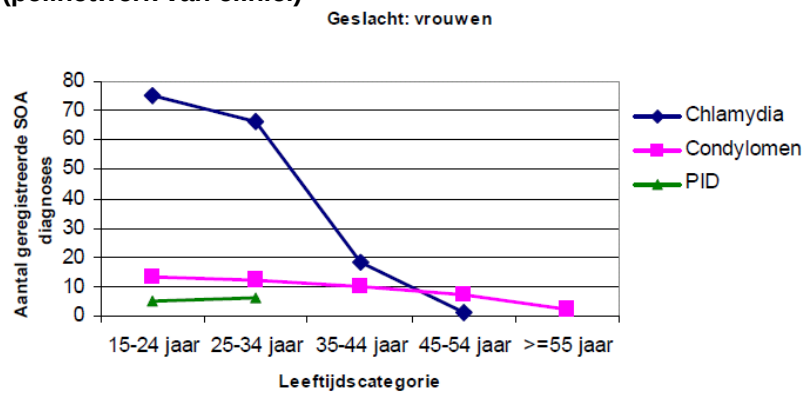
Figuur 1: Evolutie soa's geregistreerd door peillaboratoria in Vlaanderen 2002-2010



Bron: Surveillance van Seksueel Overdraagbare Aandoeningen bij de algemene bevolking in België en de Regio's, Verbrugge & Sasse (WIV, 2011).

Chlamydia blijft de belangrijkste seksueel overdraagbare infectie bij vrouwen, goed voor 50% van de soa-diagnosen en een prevalentie van gemiddeld rond de 5% in de algemene populatie. Zo blijkt uit studies in andere Europese landen (4), maar ook uit de studie van Verhoeven (5) in twee Antwerpse huisartspraktijken. Alle surveillance gegevens tonen consistent aan dat chlamydia bij vrouwen het vaakst in de leeftijdscategorie tot 35 jaar wordt het vastgesteld. (6) (Figuur 2)

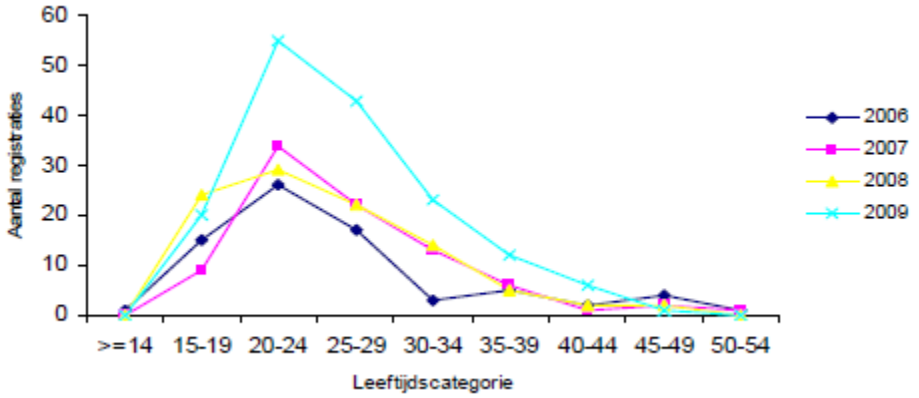
Figuur 2: Meest frequent gerapporteerde soa bij vrouwen, naar leeftijdscategorie, Vlaanderen (peilnetwerk van clinici)



Bron: Jaarrapport soa 2009, Verbrugge & Sasse (WIV, 2010).

De belangrijkste toename in incidentie van de laatste jaren doet zich voor in een nog jongere leeftijdscategorie: die van 20 tot 24 jaar. (Figuur 3)

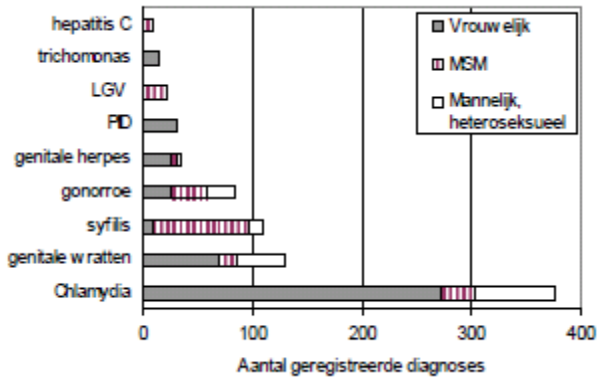
Figuur 3: Evolutie van het aantal Chlamydia-registraties bij vrouwen naar leeftijdscategorie over de laatste 4 jaar in Vlaanderen



Bron: Jaarrapport soa 2009, Verbrugge & Sasse (WIV, 2010).

Bij mannen is de verdeling van de verschillende soa's afhankelijk van de seksuele geaardheid. Van de Belgische mannelijke patiënten met een geregistreerde soa is 60% homo- of biseksueel (mannen die seks hebben met mannen, MSM). Bij heteroseksuele mannen zijn zoals bij vrouwen de genitale wratten en chlamydia-infecties de belangrijkste aandoeningen. Bij MSM zijn syfilis en gonorroe het meest frequent, maar ook Chlamydia heeft een belangrijk aandeel. LGV komt quasi uitsluitend bij deze subgroep voor. (6) (Figuur 4)

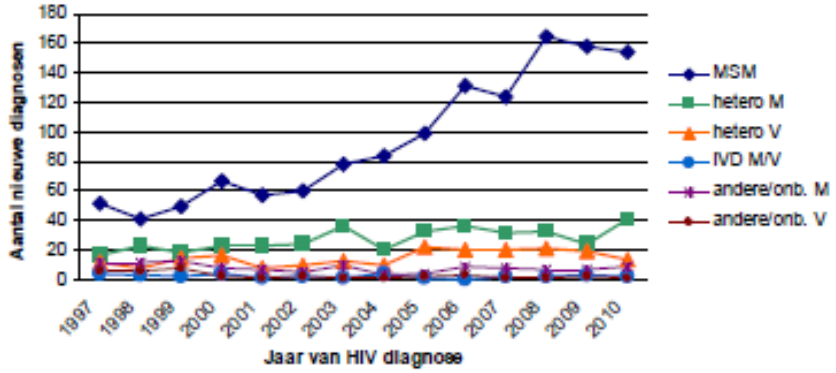
Figuur 4: Geregistreerde SOA-diagnoses in 2009, naar geslacht en seksuele geaardheid van de mannen



Bron: Jaarrapport soa 2009, Defraye & Buziarsist (WIV, 2010)

Ook Hepatitis B en HIV worden significant meer gediagnosticeerd bij Belgische MSM. (Figuur 5) Meer dan 50% van de HIV-geïnfecteerde personen in België zijn echter van niet-Belgische nationaliteit (voornamelijk afkomstig van Sub-Saharisch Afrika). Onder deze groep zijn heteroseksuele betrekkingen de belangrijkste overdrachtswijze. (7;8)

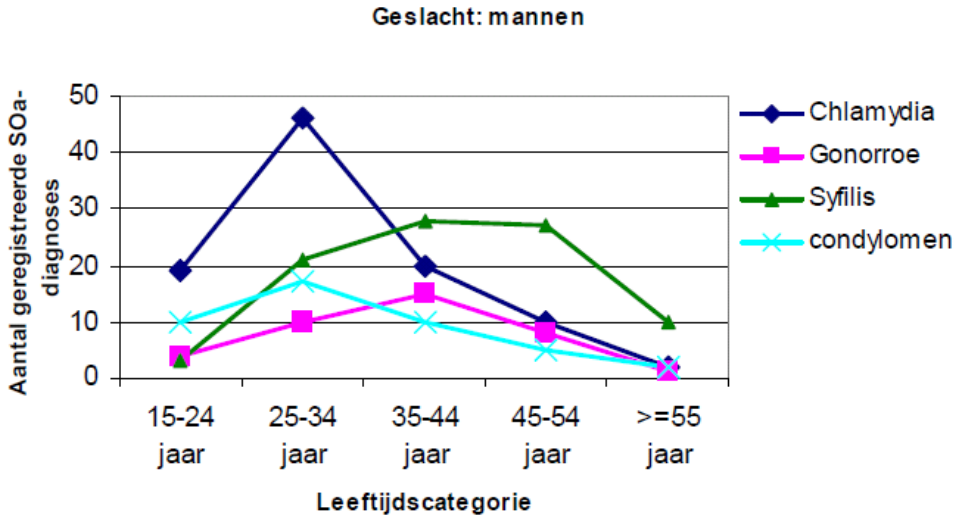
Figuur 5: Evolutie van de HIV diagnosen bij Belgen naar vermoedelijke overdrachtswijze (1997-2010)



Bron: Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in België 2008, Sasse & Verbruggen(WIV, 2011)

Chlamydia wordt het meest vastgesteld bij mannen van 25 tot 34 jaar, terwijl syfilis en gonorroe meer voorkomen in de leeftijdscategorie van 35 tot 44 jaar. (9;10)

Meest frequent gerapporteerde soa bij mannen, naar leeftijdscategorie, Vlaanderen (peilnetwerk van clinici)



Bron: Jaarrapport soa 2009, Verbrugge & Sasse (WIV, 2010).

Determinanten van soa-besmetting die uit de cijfers naar voren komen zijn (6;11):

- jonge leeftijd
- homoseksuele geaardheid bij mannen
- het hebben van wisselende of meerdere sekspartners
- seks hebben in ruil voor geld
- risicogedrag zoals inconsistent condoomgebruik en anale seks
- leven in een grootstedelijke omgeving en
- specifiek voor HIV-infectie: afkomstig zijn van Sub-Saharisch Afrika.

Hoewel de Belgische surveillance data een trend van toenemende soa-incidentie lijken te tonen, moeten deze gegevens met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Ze zijn inherent afhankelijk van het aanvraaggedrag van de Belgische artsen wat betreft soa-testen. Doordat soa's vaak, en vooral in vroege stadia, een asymptomatisch verloop kennen – bij uitstek bij vrouwen en faryngeale en rectale besmettingen – verwachten we dat een niet te verwaarlozen aantal infecties met de huidige teststrategieën niet gedetecteerd wordt. Er zijn echter geen gegevens over de frequentie waarmee soa-testen aangeboden worden wanneer patiënten niet komen voor een soa-gerelateerde klacht, noch over de frequentie van negatieve testresultaten.

En hoewel de huisarts door zijn taak in de longitudinale opvolging van een zeer diverse patiëntenpopulatie goed geplaatst is om een belangrijke rol op te nemen in de vroege detectie van soa's, blijkt dat veel huisartsen significante drempels ervaren bij risicobepaling en counseling voor soa's. (12)

Er is dus nood aan solide evidence-based richtlijnen als houvast voor de uitvoering en organisatie van soa-preventie, rekening houdend met de determinanten voor soa-besmetting die uit Vlaamse surveillance gegevens naar voren komen. Op dit ogenblik zijn alleen de Domus Medica richtlijnen "Actieve opsporing van Chlamydia Trachomatis in de huisartsenpraktijk" en "Aanvragen van laboratoriumtests door huisartsen" beschikbaar. Ook internationaal bestaan op dit ogenblik geen kwaliteitsvolle richtlijnen die de gegevens uit de literatuur rond soa-preventie bundelen. Nochtans komen de verschillende soa's in de dagdagelijkse praktijk vaak samen aan bod en moet de huisarts niet alleen weten welke testen hij moet uitvoeren, maar ook hoe hij moet counselen etc.

Deze scriptie zal trachten de bestaande evidentie te bundelen en aanbevelingen te doen voor een geïntegreerde aanpak van soa-preventie.

Doelstelling

Deze thesis beoogt een wetenschappelijk onderbouwde leidraad te bieden aan de huisarts om zijn/haar taak in de primaire preventie, screening en counseling van soa op te nemen en is daarbij vooral gericht op de asymptomatische patiënt. De tekst is pragmatisch opgevat en volgt de verschillende stappen die de huisarts doorloopt: van het identificeren van de risicopatiënten, over de keuze van staalname en labotesten, tot het opvolgen van resultaten en de counseling. Ook de wettelijke context waarbinnen de huisarts deze preventieve taken opneemt, wordt nader toegelicht.
Dit werkdocument is van toepassing op alle seksueel actieve patiënten - volwassenen *en* adolescenten - die door de huisarts worden verzorgd.

Klinische vragen

Dit proefschrift tracht op basis van de huidige literatuur een antwoord te formuleren op volgende klinische vragen:

- Hoe selecteer ik als huisarts de patiënten voor soa-screening?
- Welke patiënten moet de huisarts screenen?
- Voor welke aandoeningen screent de huisarts de verschillende patiënten?
- Hoe voert hij praktisch de screening uit?
- Hoe vaak moet de huisarts voor de verschillende aandoeningen screenen?
- Wie moet de huisarts counselen in het kader van primaire preventie en hoe doet hij dit?
- Welke pre-testcounseling moet de huisarts aanbieden?
- Welke post-testcounseling moet de huisarts aanbieden na een negatieve screeningsuitslag?
- Welke post-testcounseling moet de huisarts aanbieden na een positieve screeningsuitslag?
- Hoe organiseert de huisarts partneropsporing en waarschuwing?

Methodologie

Deze masterscriptie is een adaptatie en integratie van bestaande richtlijnen over soa screening, counseling en preventie.

Selectie van klinische vragen

De klinische vragen die aanleiding gaven tot de literatuurzoektocht werden geformuleerd op basis van eigen klinische ervaring en in samenspraak met mijn promotor, dr. Lieve Peremans. Ze volgen de verschillende fasen van een consult: anamnese, onderzoek, diagnose, beleidsvorming en opvolging. Speciale aandacht ging hierbij ook naar het communicatieve aspect, onder het hoofdstuk 'counseling'.

Zoekstrategie

De online richtlijn-zoekmotoren van Guideline International Network en National Guideline Clearinghouse werden tussen november 2011 en juni 2012 doorzocht met volgende zoektermen: "Sexually transmitted infection* OR sexually transmitted disease*". Binnen GIN leverde dit 155 richtlijnen op, binnen NGC 124. Deze richtlijnen werden op basis van titel, het doornemen van de abstracts of inleiding en inhoudstafel geëvalueerd op relevantie voor het beantwoorden van de klinische vragen. Alleen richtlijnen over de aanpak van soa's in het Frans, Engels of Nederlands en gepubliceerd sinds 2006 werden weerhouden. Een uitzondering werd gemaakt voor de USPSTF richtlijnen over gonorroe en syfilis, gezien geen recentere publicaties gevonden werden die specifiek de screening van deze aandoeningen behandelen.
De richtlijnen moesten toepasbaar zijn op een patiëntenpopulatie in de eerste lijn, in de Belgische context. Richtlijnen die zich toespitsen op derde wereld landen, op specifieke nationaliteiten of op zeer specifieke bevolkingsgroepen (zoals geïnterneerde mannen) werden geëxcludeerd. Wanneer de publicatie alleen de therapie en/of syndromale benadering van soa's omvatte werden de artikels geschrapt. Ook richtlijnen die zich toelegden op een te specifieke klinische situatie, bijvoorbeeld co-ïnfectie HIV/soa in een subgroep van de populatie, werden in eerste instantie niet in overweging genomen.
De websites van Domus Medica, de Royal Austalian College of General Practitioners (RACGP), de Prodigy Clinical Knowledge Summaries en de WHO werden handmatig doorzocht en de referentielijsten van de gevonden publicaties werden nagegaan op relevante titels
Van de richtlijnen die alleen via NGC werden gevonden werd het originele artikel opgezocht via Medline. Alleen wanneer dit te raadplegen was werd de richtlijn ook weerhouden.

Beoordeling van de richtlijnen met AGREE II

De overgebleven 32 richtlijnen werden gescoord volgens het AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) scoringssysteem. (zie bijlage 2) Richtlijnen werden steeds in hun geheel gescoord en niet per hoofdstuk, ook al was maar één of enkele hoofdstukken relevant voor de onderzoeksvragen. Alleen de 21 richtlijnen die voldeden voor het onderdeel 'methodologie' werden weerhouden. (13)

Beoordeling van de toepasbaarheid van de kernboodschappen

Voor de beoordeling van de inhoud van de geselecteerde richtlijnen werd in Microsoft Excel™ een matrix opgesteld met de klinische vragen. Uit alle geselecteerde richtlijnen werden, indien beschikbaar, per klinische vraag kernboodschappen geëxtraheerd en in de matrix gezet. Deze kernboodschappen werden beoordeeld op hun toepasbaarheid in de context van de Vlaamse huisartsenpraktijk.

Er werd bekeken of in Vlaanderen dezelfde determinanten van soa-infectie en epidemiologische trends naar voren komen. Hiervoor werd gezocht naar de meest recente rapporten van het Wetenschappelijk Instuut voor Volksgezondheid (WIV) en het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid (VAZG), publicaties in het Vlaamse Infectieziektebulletin en in de feiten en cijfers uitgegeven door Sensoa. De gegevens hieruit werden getoetst aan de gegevens van de European Centre for Disease Control (ECDC) en het vermelde cijfermateriaal in de richtlijnen. Er werd ook rekening gehouden met de specifieke organisatie van de Belgische gezondheidszorg en de beschikbaarheid van testen en behandeling.

Op basis van deze beoordeling werd beslist welke kernboodschappen moesten worden aangepast en welke konden worden overgenomen.

Toekennen van GRADE

Om een eenduidige rapportering van de waarde van de kernboodschappen te bekomen werden de in de richtlijnen toegekende niveaus van evidentie/graden van aanbeveling aangepast volgens het Gradingsysteem om ze te kunnen uitdrukken volgens de cijfer/letter voorstelling van de GRADE Working Group. (zie bijlage 3) (14;15)

Als GRADE in de oorspronkelijke aanbeveling werd aangegeven, werd deze classificatie overgenomen, zo niet werd het beschikbare bewijs beoordeeld naar kwaliteit en werd volgens het GRADE systeem een graad van aanbeveling geformuleerd. Indirect bewijs of formuleringen op basis van consensus onder experten werd geclassificeerd als het laagst mogelijke kwaliteitsniveau. Voor het formuleren van een graad van aanbeveling werd ook hier, naast de kwaliteit van de literatuur, rekening gehouden met de verwachte voordelen, de aanvaardbaarheid en de kosten van de geadviseerde actie. (16-18)

Aanvullende literatuursearch

Waar op basis van de geselecteerde richtlijnen geen antwoord op de klinische vragen kon worden geformuleerd of waar de richtlijnen dateerden van voor 2006 werd een aanvullende zoekopdracht gestart.

Er werd gezocht op PubMed, de Cochrane Digital Library met volgende MESH termen: “sexually transmitted disease* AND counseling, sex”, “sexually transmitted disease* AND mass screening”, “Chlamydia AND disease, rectal” en “Gonorrhea AND disease, rectal”. Op de site van Minerva werd gezocht met de zoekterm “seksueel overdraagbare aandoeningen”. Relevante literatuur, met een voorkeur voor (systematische) reviews, van de laatste vijf jaar werd geselecteerd.

Op de websites van de laboratoria CMA en AML werd gezocht naar de aangeboden testmethodes voor syfilis en HIV en naar de adviezen voor het correct afnemen van stalen. Via de site van het ITG (instituut voor tropische geneeskunde) werd informatie van het HIV-referentielaboratorium over de huidige HIV-screeningstrategie bekeken.

Resultaten

Risico-bepaling / seksuele anamnese

Hoe selecteer ik als huisarts de patiënten voor soa-screening?

- De huisarts neemt een seksuele anamnese af tijdens raadplegingen in het kader van seksuele en reproductieve gezondheid, bij de registratie van een nieuwe patiënt, bij het geven van reisadvies en tijdens een preventief consult. GRADE 1D

- De huisarts tracht bij iedere patiënt minimaal één keer een risico-inschatting te maken en dit te herhalen bij volgende contacten in het kader van seksuele en reproductieve gezondheid. GRADE 1D

- Randvoorwaarden voor het afnemen van een seksuele anamnese zijn: een gewaarborgde confidentialiteit en afdoende communicatieve vaardigheden van de arts. GRADE 1D

- De huisarts noteert zijn bevindingen in de relevante sectie van het elektronisch medisch dossier. GRADE 1D

Toelichting

Om te weten wie in aanmerking komt voor screening, moet de huisarts eerst een gerichte seksuele anamnese afnemen. Idealiter gebeurt dit minstens één keer bij iedere patiënt en worden de gegevens die hierbij verkregen worden, genoteerd in de relevante rubrieken van het elektronisch medisch dossier (lees: persoonlijke voorgeschiedenis en sociaal risicogedrag).
Gelegenheden hiertoe doen zich voor wanneer een nieuwe patiënt zich aanmeldt, bij een preventief consult, bij een bloedname, bij consultaties naar aanleiding van soa-gerelateerde klachten of bij het geven van reisadvies. Bij vrouwen maakt dit een onmisbaar deel uit van raadplegingen rond contraceptie, rond zwangerschap of abortus en van raadplegingen waarbij een uitstrijkje wordt genomen in het kader van baarmoederhalskankerscreening. (19)

De ideale leeftijd om te starten met het afnemen van een seksuele anamnese bij adolescenten is niet gekend. Hierbij moet men rekening houden met de leeftijd waarop jongeren gemiddeld starten met seks en de aanvaardbaarheid van het bevragen van seksuele ervaring bij jongere adolescenten.
Cijfers uit Vlaanderen leren dat de helft van de 17- tot 18-jarigen reeds ervaring heeft met coïtus. Ongeveer 5% van de jongeren is jonger dan 14 jaar bij de eerste coïtus en 1% is zelfs 11 jaar of jonger. Jongeren die al ervaring hebben met

geslachtsgemeenschap op 17-18 jaar, hebben die gemiddeld rond 15-16 jaar opgedaan (20;21). In Vlaanderen werden jongeren ouder dan 18 jaar niet ondervraagd. We hebben dus geen gegevens over de volledige populatie. In Nederland bestaan deze cijfers wel en daar hebben jongeren hun eerste seksuele ervaring gemiddeld op 16,6 jaar. (22) Er is weinig verschil tussen jongens en meisjes. Verder blijkt dat jongeren uit het BSO en TSO sneller starten aan hun seksuele carrière dan jongeren uit het ASO. (23)

Het spreekt voor zich dat het creëren van een vertrouwelijke omgeving essentiëel is bij het afnemen van een seksuele anamnese. Het kan nodig zijn expliciet te wijzen op het feit dat confidentialiteit gewaarborgd is. Verder dient de arts te beschikken over de nodige communicatieve vaardigheden om dit mogelijk delicate onderwerp aan te snijden en efficiënt en met de nodige tact te bevragen. (24)

De huisarts informeert naar:

- de afkomst van de patiënt
- soa gerelateerde **klachten**
- vroegere of huidige diagnose(s) van **soa** van de patiënt en zijn/haar partner(s)
- aantal, het geslacht en de afkomst van de huidige en voorgaande seksuele **partner(s)**
- **seksueel gedrag** zoals blootstellingroutes en condoomgebruik bij alle voorgaande contacten
- middelenmisbruik.

Bij vrouwen vraagt de arts bovendien naar:

- de laatste menstruatie
- gebruik van anticonceptie
- de uitslag van het laatste uitstrijkje (19;24;25)

Gezien veel van de determinanten die het risico op soa's bepalen, kunnen veranderen in de loop van de tijd, is het aangewezen de gegevens regelmatig bij te werken in het dossier. De frequentie waarmee dit dient te gebeuren staat echter niet vast. Minimaal gaat elk volgend contact in het kader van seksuele en reproductieve gezondheid gepaard met een (beknopte) seksuele anamnese en risico-inschatting.

Basis voor aanbeveling

De aanbevelingen zijn gebaseerd op de richtlijn van de BASHH (British Association for Sexual Health and HIV) (24) over consultaties die een seksuele anamnese vereisen. De kernboodschappen die hierin aangehaald worden zijn voornamelijk gebaseerd op

zogenaamde “expert opinion” over goede medische praktijkvoering. Het aanbod aan studies waarin men tracht om de voordelen van goede anamnese technieken en de juiste setting te evalueren aan de hand van patiëntgerichte uitkomstmaten is zeer beperkt. De voordelen die te halen zijn uit goede medische praktijkvoering zijn indirect en moeilijk te bestuderen. We nemen echter aan dat een verhoogde aandacht bij artsen voor het afnemen van een seksuele anamnese zal leiden tot het beter identificeren van risicopatiënten voor soa’s en dus tot een hogere screeningsgraad. De winst van deze aanpak verwachten we vooral op populatieniveau. De voordelen voor elke individuele patiënt zijn minder duidelijk. De kosten en vermoede nadelen zijn echter zeer laag, wat ons het afnemen van een seksuele anamnese en het invullen van de randvoorwaarden sterk doet aanraden.

Doelpopulatie voor soa-screening

Welke patiënten moet de huisarts screenen?

De huisarts zal een aangepaste soa-screening aanbieden aan:

- Mannen die seks hebben met mannen GRADE 1C
- Prostituees GRADE 1C
- HIV-positieve patiënten GRADE 1B
- Patiënten waarbij in de laatste 12 maanden een soa werd vastgesteld. GRADE 1B
- Seksueel actieve vrouwen met verhoog risico
    - Leeftijdscategorie van 15 tot 34 jaar. GRADE 1C
    - Inconsistent condoomgebruik GRADE 2C
    - Nieuwe seksuele partner < 6 maanden GRADE 2C
    - 2 of meer sekspartners gedurende de laatste 12 maanden GRADE 2C
    - vrouwen die een abortus wensen GRADE 1A
    - vrouwen waarbij een cervicale ingreep gepland is GRADE 1B
- Zwangere vrouwen GRADE 1A
- Intraveneuze druggebruikers GRADE 1C
- Patiënten die zelf afkomstig zijn uit, een partner hebben afkomstig uit of een seksueel contact hebben gehad in HIV of HBV endemische gebieden. GRADE 1C
- Patiënten met een seksuele partner die besmet is met een soa, of verdacht is van een soa-besmetting omwille van karakteristieke klachten. GRADE 1B
- Patiënten die zelf een soa-screening vragen. GRADE 2C

Toelichting

De patiënt kan als deel van een hoogrisico groep beschouwd worden op basis van zijn/haar leeftijd, geslacht en de gegevens verkregen uit de seksuele anamnese, waarbij

het risico afgeleid wordt uit de hogere prevalentie en incidentie van bepaalde soa's in deze subpopulaties, m.a.w. de hogere infectiekans. We kunnen ook risicogroepen definiëren aan de hand van het risico op complicaties ten gevolge van de soa, zoals HIV-patiënten, vrouwen die een abortus of cervicale ingreep zullen krijgen en zwangere vrouwen.
We onderscheiden demografische en gedragsgebonden risicofactoren, evenals risicofactoren verbonden aan de medische voorgeschiedenis en context. (26)

Demografisch	**Gedrag**	**Medisch**
● Leeftijd onder 35 jaar ● Afkomstig uit HIV / HBV endemische gebieden (patiënt of partner)	● MSM (en partner) ● > 2 partners in de voorbije 12 maanden. ● Nieuwe partner ● Geen of inconsistent condoomgebruik ● Partner met diagnose of klachten van soa ● Prostituees ● Intraveneus druggebruik (patiënt of partner)	● Diagnose van soa in de laatste 12 maanden ● HIV positiviteit ● Zwangerschap ● Geplande abortus of cervicale ingreep (incl. plaatsen spiraaltje)

Wanneer verscheidene risicofactoren samen bij één patiënt voorkomen is dit een extra argument om te screenen en/of kan dit de clinicus doen besluiten om een hogere screeningsfrequentie voor te stellen.

Basis voor aanbeveling

Determinanten van de kans op soa's blijken redelijk constant wanneer men verschillende bronnen erop nagaat. Solide kosteneffectiviteitstudies die de voordelen van screening aantonen ontbreken echter vaak.
De meeste richtlijnen duiden de leeftijdsgroep van de min-25-jarigen als een hoogrisicogroep vooral wat betreft chlamydia en gonorroe. (25;27-31) In België worden inderdaad het grootste aantal gevallen van chlamydia en de sterkste stijging over de laatste jaren geregistreerd in deze leeftijdsgroep. Toch daalt het aantal gevallen van Chlamydia slechts sterk vanaf de leeftijd van 30 à 35 jaar.(6) We volgen hierin de Vlaamse richtlijn van Domus Medica (26), die zich mede baseert op de studie van Verhoeven in twee groepspraktijken in het Antwerpse (5), om de leeftijdsgrens waaronder screening aangeraden wordt iets hoger te leggen dan in meeste richtlijnen. Factoren zoals inconsistent condoomgebruik en het hebben van een nieuwe of meerdere sekspartners zijn minder sterke predictoren voor soa-infectie, maar kunnen in combinatie met andere factoren een duidelijke aanzet geven om te screenen.
Sommige richtlijnen zoals die van de RACGP (32) (Royal Australian College of General Practitioners) en SIGN (30) (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) raden ook

screening aan bij hoogrisico heteromannen, terwijl de USPSTF (27) (U.S. Preventive Services Task Force) en Domus Medica (26) stellen dat hiervoor onvoldoende evidentie is. De meeste complicaties van chlamydia en gonorroe doen zich voor bij vrouwen. Het is dus eenvoudiger om een kostenbesparend effect vast te stellen bij screening van vrouwen. Bovendien blijven vrouwen vaker asymptomatisch, maar zijn gemakkelijker te bereiken als doelgroep (pilvoorschriften, uitstrijkjes, …).

Screeningsstrategie

Selectie van te testen soa's op basis van het risicoprofiel

Voor welke aandoeningen screent de huisarts de verschillende patiënten?

	Chlam	*Gon.*	*Syf.*	*HBV*	*HCV*	*HIV*	GRADE
MSM Prostituees	x	x	x	x*	x	x	Syfilis: 1B HIV: 1C rest: 2C
HIV positief	x	x	x	x*	x		1C
Soa < 12 maanden	x	x	(x)	(x)		x	2C
Vrouwen < 25 jaar incons. condoomgebruik nieuwe partner ≥ 2 partners/12 maanden abortus° cervicale ingreep°	x	x				x	2C 1B
HIV/HBV endemisch gebied				x*		x	2C
IV druggebruik				x*	x	x	1C
Zwangerschap			x	x*		x	1A
Partner met soa diagnose	(x)	(x)	(x)	(x)*	(x)	(x)	1B
Screening op vraag	x	(x)	(x)	(x)*		(x)	2C
Partner van risicopatiënt	(x)	(x)	(x)	(x)*	(x)	(x)	2C

* Indien niet gevaccineerd
° Voornamelijk voor chlamydia aangetoond, maar extrapoleerbaar naar gonorroe
(x) Afhankelijk van de soa of het soa-risico

Toelichting

De incidentie, d.i. het aantal nieuwe infecties per tijdseenheid, van elke soa wordt bepaald door het samenspel van drie factoren, namelijk de transmissiekans per contact, het aantal besmettelijke contacten en de duur van besmettelijkheid van deze aandoening. (1) Dit maakt dat het risico op een bepaalde soa erg kan verschillen tussen subpopulaties van patiënten, maar ook dat de kenmerken van een bepaalde subpopulatie het risico op meerdere soa's tegelijk kunnen vergroten.

MSM hebben bijvoorbeeld veel vaker risicovolle seksuele contacten zoals anale coïtus. (33) Vooral receptieve anale betrekkingen houden een hoge transmissiekans in voor de klassieke soa's alsook voor hepatitis C. (34) Gezien de aanwezigheid van een soa de transmissiekans van HIV verhoogt en omgekeerd, leidt ook de hogere prevalentie van HIV en andere soa's binnen de groep van MSM tot een hoger risico op besmetting. Bovendien is uit enquêtes gebleken dat mannen die seks hebben met mannen vaker wisselen van partner. Meer dan 40% van de ondervraagden had 2 tot 4 verschillende partners in de laatste 6 maanden. (6) Zij vormen een bijzonder kwetsbare groep - waar ook prostituees deel van uitmaken - met een verhoogd risico op alle soa's. De huisarts zal hen dan ook op regelmatige basis een volledige soa-screening aanbieden, op zowel chlamydia en gonorroe als op syfilis, hepatitis B en C en HIV.

Patiënten die reeds besmet zijn met het HIV-virus zijn erg vatbaar voor complicaties van een mogelijke soa-besmetting en blijven vaker asymptomatisch, vooral bij meer uitgesproken immuunsuppressie. Zij moeten gescreend worden op chlamydia, gonorroe, syfilis, hepatitis B en C. (34;35)

Patiënten die gedurende de laatste 12 maanden gediagnosticeerd werden met een soa zijn kwetsbaar voor coïnfectie en men veronderstelt dat zij vaker risicogedrag vertonen. Zij worden minstens gescreend op chlamydia, gonorroe en HIV.

Vrouwen met minimaal één extra risicofactor worden specifiek gescreend op chlamydia en gonorroe. Eventueel kan de huisarts wanneer er sprake is van een combinatie van meerdere risicofactoren (vb. jonger dan 25 jaar én meerdere partners met inconsistent condoomgebruik) op individuele basis beslissen om ook te testen op hepatitis B, HIV en syfilis. (32)

In ieder geval moeten voor elke bevestigde chlamydia of gonorroe infectie bij de vrouw, de partner(s) opgespoord en behandeld worden. Meer nog: elke patiënt wiens partner gediagnosticeerd werd met een soa, moet getest en zo nodig behandeld worden voor deze soa. Afhankelijk van zijn/haar risicoprofiel kan het onderzoek uitgebreid worden naar andere soa's. (30)

Patiënten van wie de partner niet besmet is, maar tot één van de hoog risico categorieën behoort zoals opgelijst in onderstaande tabel, worden best aan dezelfde onderzoeken onderworpen als hun partner. (30;34)

Bij patiënten en/of partners afkomstig uit een HBV- en/of HIV-endemische gebied - met name overal buiten West-Europa, de Verenigde Staten en Australië voor HBV en meer specifiek Sub-Saharisch Afrika, de Caraïben, Thailand, de Russische Federatie en Oekraïne (36) voor HIV - wordt onderzoek verricht naar respectievelijk hepatitis B en/of HIV-infectie respectievelijk.

Bij intraveneuze drugsgebruikers moeten vooral de aanwezigheid van infecties die overgedragen worden via bloed worden nagegaan, met name hepatitis B, hepatitis C of HIV. (34;35)

Zwangere vrouwen worden getest op syfilis, hepatitis B en HIV, voornamelijk omwille van het risico op verticale transmissie. (37-39) Verdere zwangerschapsbegeleiding komt in andere richtlijnen uitgebreid aan bod.

Partners van een patiënt met een bewezen soa-infectie worden steeds voor deze soa gescreend. Ingeval uit de anamnese blijkt dat ook andere risicofactoren een rol spelen wordt de screening dienovereenkomstig uitgebreid.

Bij patiënten die zelf vragen om een screenringonderzoek gaat de huisarts eerst nauwkeurig de ICE van de patiënt na en bepaalt hij zijn/haar risicoprofiel om te kunnen adviseren welke aanvullende diagnostiek zinvol is. Hij legt uit dat de kans op een soa onder meer afhangt van het soort seksueel contact dat de patiënt in het algemeen heeft, en de (risico)groep waartoe de patiënt en de partner behoren. Indien de seksuele anamnese geen argumenten voor risicogedrag oplevert, maar de patiënt toch erg ongerust blijft kan de huisarts beslissen om toch soa-testen uit te voeren. De rationale is dat de patiënt mogelijk sociaal wenselijke antwoorden geeft en voor hem/haar delicate informatie achterhoudt. (30)

Als de patiënt tot meerdere risicogroepen behoort, combineert men steeds de screeningsstrategie voor beide groepen.

Basis voor aanbeveling

De aanbeveling voor MSM volgen de standpunten van de zeer goed onderbouwde WHO (2011) richtlijn (40). Screenen voor syfilis en HIV krijgt een sterkere aanbeveling dan screenen voor chlamydia en gonorroe, gezien het meer solide bewijsmateriaal en de aanvaardbaarheid van de testen bij MSM. We moeten echter in het achterhoofd

houden dat deze richtlijn geformuleerd werd om ook bruikbaar te zijn in een setting met beperkte middelen voor gezondheidszorg ter beschikking.

Screenen voor soa's bij HIV geïnfecteerde patiënten steunt op de observatie dat de prevalentie van soa's hoger is in deze patiëntenpopulatie dan in de algemene populatie. (41) Ook de prevalentie van HIV is hoger onder de patiënten besmet met een soa, met een sterke associatie tussen HIV en syfilis. (6) Patiënten die besmet zijn met een soa zijn vatbaarder voor HIV en omgekeerd. Bovendien veronderstellen we dat een seropositieve patiënt risicovol seksuele contact heeft gehad. De Maleisische richtlijn voor begeleiding van HIV positieve zwangere vrouwen (39) beveelt ook aan om voor andere soa's te screenen. Er zijn onvoldoende kwaliteitsvolle vergelijkende studies die het positieve effect van deze screening bevestigen. Het risico van ongedetecteerde infecties in seropositieve patiënten wordt echter hoog ingeschat.

Met de aanbeveling om patiënten die in het voorbije jaar gediagnosticeerd werden met een andere soa dan HIV te screenen volgen we de richtlijn van de RACGP, de SIGN en CKS (Clinical Knowledge Summaries (29;30;32). De USPSTF (42) geeft aan dat er geen evidentie is om de routinematige screening van syfilis bij patiënten met een andere soa aan te bevelen, tenzij er andere risicofactoren in het spel zijn.

Voor vrouwen is er onvoldoende evidentie om het systematisch testen op syfilis en hepatitis B en C te verantwoorden. De screening voor chlamydia en gonorroe is beter onderbouwd en wordt gesteund door de richtlijnen van de RACGP, SIGN, USPSTF, ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement) en CKS (27;29-32;43).
Bepaalde richtlijnen, zoals die van RACGP en CKS (29;32), includeren jonge mannen in de te screenen populatie terwijl de USPSTF en Domus Medica (26;27) stellen dat er onvoldoende bewijs om er een uitspraak over te doen. Het directe voordeel voor mannen is minder uitgesproken daar zij zich vaker presenteren met symptomen en minder kans hebben op ernstige complicaties. In een kosteneffectiviteitstudie zal de balans dus minder snel overslaan ten voordele van systematische of opportunistische screening van mannen. Een mogelijk voordeel zou evenwel zijn dat door het screenen en aldus behandelen van asymptomatische mannen, ook vrouwen beschermd worden tegen infectie met chlamydia of gonorroe.

Voor het aanraden van screening naar virussen met hematologische overdrachtswijze bij afkomst uit endemische gebieden en IV-druggebruik beroepen we ons op de richtlijnen van de BASHH (34;35).

De aanbeveling voor het screenen van zwangere vrouwen is goed gefundeerd en steunt op de USPSTF en de Maleisische richtlijnen (35;37-39).

Asymptomatische heteroseksuele patiënten screent men alleen voor chlamydia in de afwezigheid van andere risicofactoren, in navolging van de SIGN richtlijn (30). USPSTF richtlijnen raden officieel af om patiënten zonder verhoogd risico op syfilis of gonorroe hiervoor te screenen (42;44). De huisarts zal dus een grondige seksuele anamnese doen alvorens zijn screeningstrategie in samenspraak met de patiënt vast te leggen.

Alle aangehaalde richtlijnen ondersteunen het testen van soa-positieve partners voor de vastgestelde soa.

Zoals blijkt uit al het voorgaande wordt alleen opportunistische screening aangeraden. Enkele Amerikaanse richtlijnen (45) pleiten echter voor het screenen op HIV van alle 13 tot 64 jarigen - tenzij de prevalentie van ongediagnosticeerde infecties lager is dan 0,1% - of zelfs voor het screenen van iedereen die beroep doet op de gezondheidszorg. In België bedraagt de geschatte prevalentie van HIV in de algemene populatie 0,2% (UNAIDS) (36). België zou dus volgens beide redeneringen gebaat zijn met een veralgemeende screeningstrategie.
Deze richtlijnen baseren zich op kosteneffectiviteitstudies die ook de verminderde kans van HIV-transmissie na adequate behandeling in overweging nemen. De besmettelijkheidsduur van de patiënt verkort als men vroeg in het ziekteverloop behandelt.
Zij stellen ook vast dat de huidige opportunistische screeningstrategieën er niet in slagen om tijdig risicopatiënten te identificeren. Getuige hiervan is het hoge percentage patiënten met lage CD4 score op het moment van diagnose. (7)
Toch adviseert de WHO (46) geen veralgemeende screening in de eerste lijn in landen zoals België, met een in risicogroepen geconcentreerde epidemie, gezien de nadelen van screening in laag prevalente populaties, zoals vals-positieve resultaten.

Testmethodes

Hoe voert de huisarts praktisch de screening uit?

De huisarts selecteert voor elke soa de juiste testen en staaltypen:

- Chlamydia
  De huisarts vraagt een eerstestraalsurine of neemt een urethrale of vaginale wisser voor een NAAT (bv. PCR). Bij voorgeschiedenis van blootstelling neemt hij ook een rectale en/of faryngeale wisser voor NAAT of cultuur van Chlamydia. GRADE 1B

- Gonorroe
  De huisarts vraagt aan mannen een eerstestraalsurine of neemt een urethrale

wisser voor een NAAT (bv. PCR). Voor vrouwen is de vaginale wisser eerste keuze. Bij voorgeschiedenis van blootstelling neemt hij ook een rectale en/of faryngeale wisser voor NAAT of cultuur van Chlamydia. GRADE 1B

- Syfilis
  De huisarts neemt bloed met een serumtube voor het bepalen van een treponemale test (bv. TPPA). Een positief, bevestigd, resultaat wordt opgevolgd met niet-treponemale testen (VDRL en PRP). GRADE 2C

- Hepatitis B
  De huisarts neemt bloed met een serumtube voor het bepalen van HBsAg. Voor het bepalen van de immuunstatus pre-vaccinatie, bepaalt hij anti-HBs antistoffen. GRADE 2C

- Hepatitis C
  De huisarts neemt bloed met een serumtube voor het bepalen van anti-HCV antistoffen. Een positief resultaat wordt aangevuld met HCV-RNA bepaling. GRADE 2C

- HIV
  De huisarts neemt bloed met een serumtube voor het bepalen van anti-HIV1- en anti-HIV2-antilichamen en p24 antistoffen. Een positief resultaat wordt op een tweede staal bevestigd. GRADE 2C

Toelichting

De keuze van serologische testen voor syfilis, hepatitis B en C, en HIV is onafhankelijk van de risicogroep, maar het type en de plaats van staalname kan verschillen voor chlamydia en gonorroe naar gelang het seksuele risicogedrag en de blootgestelde mucosae. Voor asymptomatische individuen is de beschikbare literatuur hierover beperkt.

Chlamydia

Een goede screeningsmethode moet een hoge sensitiviteit hebben en een acceptabele specificiteit en tegelijk aanvaardbaar zijn voor asymptomatische patiënten. Voor Chlamydia hebben we de keuze uit verschillende technieken met elk hun testeigenschappen, namelijk kweek, immunologische en DNA-amplificatietechnieken (Nucleic Acid Amplification Test of NAAT). Een amplificatietest is een test waarmee genetisch materiaal (DNA of RNA) van micro-organismen wordt opgespoord. Zo'n test is bijvoorbeeld de PCR (Polymerase Chain Reaction).

Er zijn ook verschillende afnamemogelijkheden: eerstestraalsurine, urethrale, vaginale, endocervicale, rectale en faryngeale afnamen zijn mogelijk. Kennis van de

mogelijkheden en beperkingen van de gebruikte tests is belangrijk voor een juiste interpretatie van de resultaten.
Amplificatietechnieken lenen zich voor gebruik met niet-invasieve staaltypes, d.i. eerstestraalsurine, en hebben een superieure sensitiviteit, zowel bij mannen als vrouwen. Op gebied van specificiteit scoren ze iets minder goed dan de kweek. Bij een populatie met een lage voorkans, m.a.w. asymptomatische patiënten, moet een positief resultaat bevestigd worden door het resultaat van een tweede amplificatietest op hetzelfde staal. (47) Welke amplificatietest er uiteindelijk uitgevoerd zal worden is een keuze van het laboratorium.
Amplificatietesten zijn ook eerste keuze op vaginaal, urethraal en endocervicaal afgenomen stalen, maar ze zijn nog niet officieel gevalideerd voor rectale of keelwissers. Recente onderzoeken wijzen wel in de richting van een significant betere gevoeligheid van deze testen vergeleken met de klassieke kweek, ook voor rectale en faryngeale afname (48). De WHO beveelt amplificatietechnieken al aan voor onderzoek van rectale wissers bij MSM. (40)

Een correcte afnametechniek is belangrijk om een betrouwbare test te bekomen. De afnametechnieken voor de relevante staalnames zijn in onderstaande tabel opgesomd.

Tabel 1: Afnametechnieken

Eerstestraalsurine
De eerste portie urine (10-20 ml) wordt opgevangen, waarbij de patiënt bij voorkeur minstens 2 uur niet gewaterd heeft. Dit is dus een andere techniek dan de midstreamurine die wordt afgenomen bij vermoeden van een urinaire infectie. De urine moet bewaard worden op een temperatuur van minder dan 4°C.

Urethrale afname
Bij mannen roteert men de wisser voorzichtig enkele centimeters in de urethra. De patiënt heeft bij voorkeur in hetuur vóór afname niet geürineerd.

Vaginale afname
Een vrouw kan zelf een droge vaginale wisser afnemen. Met één hand worden de schaamlippen gespreid en met de andere wordt de wisser enkele centimeters in de vagina gebracht.

Cervicale afname
Hiervoor zijn wissers met transportmedium beschikbaar, maar ook droge, inerte wissers (geen katoenen) kunnen, in overleg met het laboratorium, worden gebruikt. De secreties en fluor ter hoogte van de baarmoederhals worden verwijderd en de wisser wordt in het ostium twee of meer keer rondgedraaid voor 15 tot 30 seconden.

Rectale afname
Voor de kweek levert het laboratorium speciale wissers met transportbodem. Een vochtige wisser wordt 2 tot 4 cm in het anale kanaal gebracht, onder laterale druk om contact met mogelijke aanwezige fecale materie te vermijden (UK testing& screening, evidence III, recomm B) Wissers met zware fecale contaminatie worden niet verzonden voor onderzoek.

Faryngeale afname
De keelwisser wordt met enige druk over de tonsillen en posterieure farynxwand gewreven, waarbij contact met de rest van de mond vermeden wordt. Men kan hiervoor best een tongspatel gebruiken.

Bij vrouwelijke risicopatiënten wordt eerstestraalsurine of een vaginale wisser onderzocht op aanwezigheid van chlamydia, met een DNA-amplificatietechniek, bijvoorbeeld PCR. Cervicaal en urethraal materiaal zijn iets sensitiever dan vaginaal materiaal en urine respectievelijk, maar het voordeel hiervan moet worden afgewogen tegen het voordeel van minder invasieve afname methodes.
Als de patiënte toch een speculumonderzoek ondergaat, bijvoorbeeld naar aanleiding van baarmoederhalskankerscreening, kan geopteerd worden voor een endocervicale afname.
Hoewel er onvoldoende cijfers gekend zijn om het routinematig screenen van andere locaties aan te bevelen, toont onderzoek aan dat bij 17,5% van de vrouwen met anoreceptieve betrekkingen in de seksuele anamnese die een soa-kliniek bezochten rectale chlamydia wordt aangetroffen. Slechts 12% onder hen vermeldde enige anale klachten. (49) Rectale wissers moeten dan ook overwogen worden wanneer directe blootstelling vermeld wordt.

Bij mannelijke risicopatiënten onderzoekt men eerstestraalsurine of een urethrale wisser. Bij mannen die seks hebben met mannen neemt men in ieder geval ook een rectale wisser af, gezien de hoge frequentie van chlamydia infectie ter hoogte van de rectale mucosa in deze patiëntengroep, die de frequentie van urethrale chlamydia zelfs overstijgt in sommige onderzoeken (50;51) Of men ook een keelwisser afneemt hangt af van het individuele blootstellingprofiel van de patiënt.

Gonorroe
Voor gonorroe zijn de zelfde detectiemethoden beschikbaar als voor chlamydia, ook de staalname gebeurt op vergelijkbare wijze. Het kweken van Neisseria gonorrhoeae heeft een sensitiviteit die onder ideale omstandigheden dicht aanleunt tegen de sensitiviteit van amplificatie, maar heeft als bijkomend voordeel dat resistentiebepaling mogelijk is. Amplificatietechnieken voor N. gonorrhoeae toegepast op urine van vrouwelijke patiënten hebben een merkelijk lagere sensitiviteit dan bij andere staaltypes. Vaginale wissers zijn hier een beter laag-invasief alternatief. Een positieve amplificatietest voor

N. gonorrhoeae moet bevestigd worden door het resultaat van een tweede amplificatietest op hetzelfde staal of door een kweek.

Bij vrouwen die geen speculumonderzoek ondergaan neemt men een vaginale wisser of een eerstestraalsurine af voor een amplificatietest, of, indien niet voorhanden, een kweek. Wanneer toch een endocervicaal staal genomen wordt, vermijdt men het gebruik van vaginale glijmiddelen, gezien deze toxisch kunnen zijn voor Neisseria gonorrhoeae. Testen van andere locaties gebeurt op basis van blootstelling. (47)

Van mannen neemt men een eerstestraalsurine of een urethrale wisser af voor een amplificatietest (bijvoorbeeld PCR). Bij mannen die seks hebben met mannen test men ook de rectale *en* de faryngeale mucosa, gezien studies een vergelijkbare frequentie van gonorroe ter hoogte van urethra, rectum en farynx aantonen. Sommige onderzoekers vonden zelfs een hogere prevalentie van faryngeale gonorroe. (50;51)

Syfilis
Voor de bepaling van syfilis zijn niet-treponemale en treponemale testen beschikbaar. Niet-treponemale testen detecteren niet-treponemaspecifieke antilichamen en bestaan uit de VDRL (Venereal Diseases Research Laboratory) en RPR (rapid plasma reagin) testen. Ze zijn eenvoudig uit te voeren en relatief goedkoop, ze worden redelijk snel negatief na effectieve behandeling en worden dan ook gebruikt als een maat voor actieve syfilis-infectie. Ze hebben een acceptabele sensitiviteit, maar zijn eerder aspecifiek.
Treponemale testen sporen antistoffen op die specifiek gericht zijn tegen Treponema; hiertoe behoren de EIA's (Enzyme Immuno Essay), FTA-abs, (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption), TPHA (T. pallidum haemagglutination assay) en TPPA (T. pallidum particle agglutination assay). Deze testen zijn gevoeliger voor het detecteren van vroege en late stadia van syfilis dan niet-treponemale testen en ze zijn specifieker, hoewel er kruisreactie kan optreden met andere Treponema species. De meeste treponemale testen blijven echter zeer lang - misschien zelfs levenslang - positief en bewijzen dus enkel een blootstelling aan syfilis. (42;52)
De laatste jaren trad er een verschuiving op in de screeningstrategie voor syfilis van het gebruik van niet-treponemale naar treponemale testen als eerste stap in een screeningsalgoritme. Welke testen de huisarts zal aanvragen hangt mede af van de testen die worden aangeboden door het laboratorium. Indien beschikbaar geeft men de voorkeur aan EIA testen die zowel IgG als IgM detecteren. Ze hebben vergelijkbare testeigenschappen als de combinatie van VDRL (of RPR) en TPHA en kunnen bovendien eenvoudig en geautomatiseerd uitgevoerd worden. Een reactieve treponemale test wordt door het labo bevestigd met een tweede treponemale test of een non-treponemale test op hetzelfde staal. (53)

Gezien de belangrijke implicaties van een syfilis diagnose voor de patiënt wordt naar analogie met testen voor HIV, idealiter een tweede staal getest. Indien positief wordt voor follow-up van de behandeling een kwantitatieve niet-treponemale test of een kwantitatieve IgM bepaling aangevraagd.

Hepatitis B

Voor screening naar Hepatitis B doet de huisarts een bloedafname voor de bepaling van HBsAg. De aanwezigheid van HBsAg wijst op al dan niet latente aanwezigheid van het hepatitis B virus. Patiënten die positief testen worden als besmettelijk beschouwd. Patiënten die negatief testen zijn ofwel nooit in aanraking geweest met het virus of hebben dit geklaard na een eerder doorgemaakte infectie. Eventueel kan men door het bepalen van anti-HBs-antistoffen immuniteit (natuurlijk of door vaccinatie) opsporen. Indien negatief, kan vaccinatie worden aanbevolen. Bij gevaccineerde patiënten met onvoldoende aanmaak van antilichamen zal men een booster vaccinatie geven. (34;54)

Hepatitis C

De huisarts neemt bloed af voor de bepaling van anti-HCV-antistoffen in het serum. Indien positief wordt een HCV-RNA bepaling door middel van PCR uitgevoerd ter bevestiging van actieve infectie. Indien negatief kan dit wijzen op een vroege infectie. Afhankelijk van het risicoprofiel kan de huisarts ervoor kiezen om de initiële screeningstest te herhalen. (34;54)

HIV

De huisarts neemt een bloedstaal (serumtube) af voor de bepaling van anti-HIV1- en anti-HIV2-antilichamen en p24 antistoffen (in België worden heden de nieuwe, 4e generatietesten gebruikt, die antigen én antistoffen bepalen). Elk perifeer klinisch laboratorium kan de eerste-lijnstest (ELISA-test) uitvoeren. Deze test heeft een zeer hoge negatieve predictieve waarde: indien ze negatief is, dan zijn er zeker geen antistoffen tegen HIV in het bloed aanwezig. Een infectie is maar volledig uitgesloten op voorwaarde dat de patiënt zich niet in de zogenaamde ‘vensterperiode’ bevindt.
Als de eerste-lijnstest reactief is, is een confirmatietest noodzakelijk. De positieve predictieve waarde bij een relatief lage prevalentie is immers niet optimaal. De confirmatietest gebeurt in één van de AIDS-Referentielaboratoria. Pas als het resultaat hiervan bekend is, zal het testresultaat meegedeeld worden. Gezien het risico op staalverwisseling of verkeerde labeling moet het resultaat uiteindelijk op een tweede staal gecontroleerd worden. (35)

Basis voor aanbeveling

De aanbevelingen voor labobepalingen voor de diagnostiek van soa’s zijn gebaseerd op de Britse richtlijnen en de Vlaamse richtlijn voor aanvraag van laboratoriumtests van

Domus Medica. (26;34;35;47;52;54) Er werd rekening gehouden met de beschikbaarheid van de testen in de Belgische laboratoria.

Screeningsfrequentie

Hoe vaak moet de huisarts voor de verschillende aandoeningen screenen?

- Zolang de patiënt risico heeft op soa zal de huisarts jaarlijks screenen of bij elk hoogrisico contact. GRADE 2C
- Bij patiënten die in de 6 weken voorafgaand aan de screening een risicovol (seksueel) contact hadden, zal de huisarts de screening voor syfilis, hepatitis B en C en HIV herhalen na 3 maanden. Voor hepatitis C wordt een bijkomende controle op 6 en 9 maanden gedaan. GRADE 2C
- Bij twijfel over therapietrouw herhaald de huisarts de test 6 weken na behandeling voor chlamydia en 1 week na behandeling voor gonorroe om de genezing te bevestigen. GRADE 2C
- Bij zwangere vrouwen doet de huisarts systematisch een test voor bevestiging van genezing voor chlamydia en gonorroe. Zwangeren met bijkomend seksueel risico krijgen een nieuwe screening in het derde trimester. GRADE 2C

Toelichting

Er zijn drie mogelijke redenen om een screeningstest te herhalen. Screeningstesten kunnen negatief zijn na een zeer recente blootstelling omdat er nog geen antilichaamproductie plaatsvond in het lichaam. De periode tussen de (potentiële) besmetting en het tijdstip waarop de pathogeen of de immuunreactie ertegen detecteerbaar wordt door een test, d.i. de zogenaamde "**vensterperiode**", verschilt naargelang de test en de op te sporen infectie.
Bij twijfels over compliance of bij risico op resistentie zal men een **bevestiging van genezing** willen.
Bij een nieuwe blootstelling of voortdurend **blootstellinggevaar** wordt de patiënt opnieuw getest.

'Window-periode'
Chlamydia trachomatis en **N. gonorrhoeae** worden rechtstreeks aangetoond door amplificatietechnieken. Er is slechts een korte latentietijd tussen de besmetting en de detecteerbaarheid van het DNA. De testen voor syfilis, hepatitis B, hepatitis C en HIV worden echter pas enkele weken na blootstelling positief.

IgM antilichamen tegen **syfilis** verschijnen in het bloed na gemiddeld 2 à 3 weken, IgG pas na 4 tot 5 weken, hoewel langere intervallen mogelijk zijn. Geen enkele serologische test voor syfilis zal patiënten detecteren in deze latentieperiode. De huisarts zal de screening voor syfilis herhalen na 3 maanden voor patiënten met een enkel hoog risico contact minder dan 6 weken voor de eerste test of na 6 weken *en* 3 maanden voor patiënten met meerdere hoog risico contacten of een partners met syfilis. (47;52)

Wegens de hoge gevoeligheid voor **HIV** van de nieuwe eerste-lijnstesten, die tevens voor p24 antigen testen, kunnen deze al vanaf 4 weken na het risicocontact een infectie detecteren. Als de test negatief is, zal de huisarts deze voor alle zekerheid herhalen na 3 maanden. (55)

Als de screeningstest voor **hepatitis B** negatief blijkt in een patiënt met een risicocontact in de 6 weken voorafgaand aan de test, moet post-exposure profylaxe onder de vorm van hepatitis B vaccinatie worden aangeboden. De huisarts bepaalt na 3 maanden opnieuw hepatitis B surface antigen op serum. (34;54)

Seroconversie voor **hepatitis C** heeft 3 maanden na de blootstelling in 90 procent van de gevallen plaatsgevonden, maar kan tot 9 maanden op zich laten wachten. HCV-RNA is al na 2 weken detecteerbaar.
De huisarts bepaalt de anti-HCV-antistoffen opnieuw op 3, 6 en 12 maanden na de potentiële blootstelling. Voor zeer hoog risicocontacten kan een HCV-RNA test overwogen worden. (34;54)

Het meest recente moment van potentiële blootstelling en de asymptomatische toestand van de patiënt worden best vermeld bij de klinische informatie op het aanvraagformulier. Zo kan het labo de correcte interpretatie van de testen aan de clinicus meedelen.

Bevestiging van genezing
Alleen voor chlamydia en gonorroe wordt een test voor bevestiging van genezing eventueel in de huisartsensetting uitgevoerd. Behalve bij zwangere vrouwen zal de huisarts niet routinematig testen na therapie, maar alleen bij verwachte behandelingsproblemen zoals beperkte compliance, hoog risico op resistentie of therapiefalen. Gezien in het kader van screening asymptomatische patiënten behandeld worden, draagt de kliniek weinig bij voor de opvolging.

Wanneer men wil testen of chlamydia effectief behandeld werd, wacht men minimaal 6 weken voor het uitvoeren van een nieuwe amplificatietest, daar dode organismen die

eerder nog intracellulair aanwezig zijn een vals positief resultaat kunnen geven. Voor gonorroe wordt een interval van 7 dagen voor een amplificatietest en 1-2 dagen voor een cultuur gerespecteerd. Vooral na behandeling van faryngeale gonorroe is het belangrijk om bevestiging van genezing te hebben. (47)

Screeningsinterval
Er is weinig hard bewijs om een vast screeningsinterval te adviseren. Het lijkt logisch om in ieder geval een patiënt bij elk nieuw risicocontact opnieuw te screenen. De noodzaak tot herhaalde screening zal per patiënt beoordeeld worden, maar dient zeker bij patiënten met een positieve screeningsuitslag gepromoot te worden. Zij worden binnen de 12 maanden terug op raadpleging gevraagd voor een nieuwe evaluatie.

De huisarts zal bij patiënten met een voortdurend blootstellingrisico samen met de patiënt een verder opvolgingsplan afspreken. Pragmatisch wordt vaak een jaarlijkse screening vooropgesteld. (19;29;30;32;56;57)

Bij patiënten met een combinatie van meerdere risicofactoren, HIV-positieve patiënten of partners van een patiënt met een chronische infectie zoals HIV, hepatitis B en C of syfilis, zal de huisarts overwegen om het screeningsinterval in te korten (bv. 6 maanden) in samenspraak met de patiënt. (35;47)

Patiënten die gescreend werden omwille van hun afkomst of een eenmalig risicocontact moeten niet opnieuw gescreend worden zolang hun risicoprofiel laag blijft. (54)

Vrouwen die tijdens de zwangerschap omwille van andere redenen dan alleen hun zwangerschap in aanmerking komen voor screening worden in het derde trimester (opnieuw) getest voor chlamydia, gonorroe, syfilis en HIV en bij de bevalling voor hepatitis B. De HIV-test dient zeker vóór 36 weken uitgevoerd te worden om een effectieve preventie van moeder-kindtransmissie mogelijk te maken. (37-39)

Basis voor aanbeveling
Alle geselecteerde richtlijnen die een teststrategie voorstellen raden pragmatisch een frequentie van screening van eenmaal per jaar aan. Er zijn geen kwaliteitsvolle studies die de optimale screeningsfrequentie bepaald hebben. Een enkele test is echter zeker onvoldoende, gezien bij elk risicovol seksueel contact een kans op soa-besmetting bestaat. Patiënten die na een negatieve testuitslag opnieuw (potentieel) zijn blootgesteld komen om dezelfde reden waarom ze al eens gescreend werden opnieuw in aanmerking. Hypothetisch gezien zullen meer patiënten die hiervoor in aanmerking komen ook effectief gescreend worden wanneer de huisarts een vast interval voorstelt en zelfs eventueel een afspraak meegeeft. De NICE richtlijn “Increasing the uptake of

HIV testing" (57) haalt in zijn evidence statements aan dat "routine" een belanrijke motivator is voor MSM om zich te laten testen.
Met de aanbeveling voor testen voor bevestiging van genezing en testen na de venster periode volgen we de Britse richtlijnen. De aanbevolen teststrategie voor zwangere vrouwen steunt op de adviezen van de USPSTF en Maleisische richtlijnen (37-39) en de NICE richtlijn voor "Antenatal care" (37-39;58).

Counselling

Letterlijk vertaald uit het Engels betekent counselen *raadgeven*. Het is een vorm van motiverende gesprekvoering gericht op het ontwikkelen van kennis en vaardigheden voor het omgaan met (gezondheids-) problemen en op het initiëren van gedragsverandering. Belangrijk is dat de arts peilt naar de randvoorwaarden van het beslissingsproces of voor de gedragsverandering van de patiënt: heeft de patiënt de nodige kennis, motivatie en vaardigheden?

Enerzijds is counseling een tool in primaire soa-preventie om patiënten te bewegen tot veilig vrijgedrag, anderzijds zal de huisarts ook in de loop van het screeningsproces patiënten counselen om samen met hen tot een gemotiveerde beslissing te komen om al dan niet te testen, de partner te verwittigen, etc. We onderscheiden hierin pre-test en post-test counseling.

Primaire preventie

Wie moet de huisarts counselen in het kader van primaire preventie?

- De huisarts geeft alle seksueel actieve adolescenten gedragsgerichte counseling over soa-preventie, alsook alle seksueel actieve volwassenen met een verhoogd risico op seksueel overdraagbare aandoeningen. GRADE 2B

- Counseling wordt aangeboden tijdens consultaties rond seksuele en/of reproductieve gezondheid, bij reisadvies, en/of –immunisaties of bij het registreren van een nieuwe patiënt. GRADE 2C

- Er is onvoldoende bewijs om counseling aan te bevelen bij niet-seksueel actieve adolescenten en volwassenen zonder verhoogd risico op soa.

Toelichting
Dezelfde aangelegenheden die de huisarts de kans geven om een risico-inschatting te maken - namelijk consultaties rond seksuele en/of reproductieve gezondheid, reisadvies

en -immunisaties of registratie van een nieuwe patiënt - bieden een mogelijkheid tot preventieve counseling.

Het is duidelijk dat inspanningen om te counselen best gericht worden op een patiëntenpopulatie waar de grootste impact van counseling verwacht wordt, namelijk die populatie waar de incidentie en prevalentie van soa's het grootst is of waarbinnen het meeste risicogedrag wordt geobserveerd.
Alle seksueel actieve adolescenten worden als risicogroep beschouwd, terwijl het bij de volwassenen in de artikels vooral gaat om patiënten met een actuele soa-besmetting, of een doorgemaakte soa gedurende het laatste jaar en patiënten met meerdere seksuele partners. (19;25)

Basis voor aanbeveling

De aanbeveling is gebaseerd op de USPSTF Recommendation Statement "Behavioral counseling to Prevent Sexually transmitted Infections" en de NICE richtlijn "One to one interventions"(19;25). De evidence based-review uit Minerva in 2009 (59) raadt voorzichtigheid aan bij de extrapolatie van deze gegevens naar de Belgische context. Cijfers van het Vlaamse Infectieziektenbulletin ondersteunen echter de definities van risicogroepen zoals hierboven vermeld en de cijfers van Sensoa bevestigen het risicogedrag van de Vlaamse adolescenten, waardoor de aanbevelingen toch zinvol lijken(23;60) .

Hoe moet de huisarts counselen in het kader van primaire preventie?

- De huisarts baseert zich bij het aanbieden van counseling op de gangbare modellen voor gedragsverandering. GRADE 2C

- De inhoud van de counseling wordt aangepast aan de specifieke noden en huidige kennis van de patiënt en gebracht in verstaanbare taal, op niet-veroordelende en respectvolle wijze. De huisarts informeert de patiënt over de mogelijke risicoreducerende maatregelen en promoot het gebruik van condooms.
  GRADE 1B

- Idealiter duurt een sessie 15 tot 20 minuten en wordt ze herhaald naargelang de noden van de individuele patiënt. GRADE 2C

Toelichting

Om met de patiënt een gesprek over seksualiteit te kunnen aangaan dient de huisarts een sfeer van begrip en vertrouwen te creëren, waarin communicatietechnieken zoals het stellen van open vragen

Vertel eens iets meer over uw seksuele partners het voorbije jaar.
Welke ervaringen hebt u met het gebruik van condooms?

en het gebruiken van normaliserende taal hun plaats hebben (61).

Veel van mijn patiënten vinden het moeilijk om consequent veilig te vrijen. Hoe verloopt dit bij u?

Het kan hierbij helpen om specifiek te verwijzen naar het beroepsgeheim.

Effectief counselen begint met het in kaart brengen van de culturele en persoonlijke context waarin de patiënt zich bevindt. De huisarts **vraagt** naar de seksuele geaardheid en het vrijgedrag van de patiënt, de kennis over soa's en veilig vrijen, het eventuele gebruik van alcohol en drugs, de motivatie om veilig te vrijen en eventuele weerstanden om het niet te doen. Hij brengt de specifieke noden van de patiënt in kaart om zo de verstrekte informatie hieraan te kunnen aanpassen.

De huisarts **informeert** over de mogelijke klachten en complicaties van de verschillende soa's (zoals PID en infertiliteit), de situaties die kunnen leiden tot een besmetting en de kans om anderen te besmetten, alsook over mogelijke preventieve maatregelen, zoals condoomgebruik, het weerhouden van (onbeschermd) seksueel contact (vaginaal, oraal of anaal), het beperken van het aantal partners, aanpassen van vrijgedrag en vaccinatie. Daarnaast schetst hij hoe en wanneer de patiënt zich moet laten testen op soa's. De huisarts brengt de boodschap op niveau van de patiënt en geeft zo mogelijk schriftelijke informatie mee.

Zo nodig volgt een **motiveringsgesprek**, gebaseerd op de gangbare modellen van gedragsverandering, zoals dat van Prochaska en DiClemente (zie Bijlage) Alleen vindt gedragsverandering niet in de spreekkamer plaats, maar daarbuiten. Door de eigen doelen niet *te* hoog in te stellen kan de huisarts zich hoeden voor onnodige frustraties.

Vooral van langdurigere begeleiding werd aangetoond dat ze de incidentie van soa's kon doen dalen. In ieder geval zal de huisarts bij elk consult in het kader van soa-screening de kans aangrijpen om opnieuw primair preventieve counseling te bieden. (19;25)

Bij hoogrisico groepen zoals mannen die seks hebben met mannen brengt de huisarts minstens jaarlijks, maar liefst vaker primaire preventie en de mogelijkheid van screening ter sprake. Ook folders of posters in de wachtkamer kunnen de aandacht hierop

vestigen. Het doel is om zoveel mogelijk het taboe rond soa's en vooral HIV weg te nemen en preventie en screening te normaliseren. (57)

Basis voor aanbeveling

De SIGN richtlijn (30) vermeldt de specifieke aanbeveling voor het promoten van condoomgebruik in alle seksuele gezondheidszorg settings. De NICE richtlijn (19) rond soa-counseling beveelt 15 à 20 minuten durende counseling sessies vertrekkend vanuit theorieën voor gedragsverandering aan, voor personen met een verhoogd soa-risico. Ze baseert zich hierbij op de resultaten van de EXPLORE en RESPECT studie. Bij de RESPECT studie vonden de auteurs dat counseling een effect op condoomgebruik en soa-incidentie, terwijl de auteurs van de EXPLORE studie een reductie in HIV-infecties vond bij MSM. Het effect van de counseling blijkt te verminderen na verloop van tijd

Pre-testcounselling

Een houvast voor pre-testcounseling is belangrijk daar de huisarts nog vaak barrières ondervindt voor het counselen en voorstellen van soa, maar vooral van HIV testen. (62;63)

Welke pre-testcounseling moet de huisarts aanbieden?

- De huisarts schat samen met de patiënt het risico op een soa in, stelt afhankelijk daarvan een screeningstrategie op, en probeert screening te normaliseren. Hij gaat in op eventuele vragen en bekommernissen die de patiënt zou doen besluiten zich niet te laten testen. GRADE 2C

- De huisarts geeft informatie over de gebruikte testmethodes en de implicaties van een positieve dan wel negatieve testuitslag.

- De huisarts raadt de patiënt aan om geen seksuele contacten te hebben tot de uitslag van de test gekend is. GRADE 2C

- De huisarts verwittigt de patiënt dat een positieve uitslag moet meegedeeld worden aan de partner(s) en gemeld wordt aan de arts infectieziektebestrijding van de afdeling Toezicht Volksgezondheid.

- De huisarts maakt concrete afspraken over het meedelen van de resultaten. GRADE 1C

Toelichting

Wanneer de risico-inschatting van de huisarts uitwijst dat de patiënt in aanmerking komt voor één of meerdere screeningstesten zal hij de patiënt een teststrategie voorstellen.

Vooraleer de patiënt hiermee kan instemmen dient hij/zij over de nodige informatie te beschikken, zoals ook beschreven in de wet op de patiëntenrechten (64). Pre-testcounseling bestaat uit het geven van deze informatie, het bespreken en wegen van motivatie en weerstanden voor screening en het verkrijgen van toestemming voor de test.

Bij het geven van informatie over de te testen aandoeningen is het belangrijk om het doel niet uit het oog te verliezen. Het is belangrijker om de patiënt duidelijk te maken dat je als huisarts de screening sterk aanbeveelt dan om volledig te zijn. De huisarts zal screening proberen te normaliseren door erover te spreken als een integraal deel van algemene gezondheidsbevordering.

Hij legt uit waarom hij meent dat de patiënt risico heeft gelopen en dat condoomgebruik hoogrisico patiënten niet ontziet van de noodzaak tot screening. Een door de patiënt te laag ingeschat soa-risico blijkt de voornaamste reden voor weigering van screening. (47)

De arts legt de symptomen van de te screenen soa's uit, maar de patiënt moet weten dat soa's ook asymptomatisch kunnen verlopen. Hij/zij kan geïnfecteerd zijn zonder het te weten en dus anderen kan besmetten door seksueel risicocontact, bloedcontact of tijdens zwangerschap en bevalling. De huisarts benadrukt dat een positieve uitslag geen doemscenario inhoudt. Door vroegtijdige opsporing en behandeling kunnen veel ernstige complicaties voorkomen worden. De therapie voor chlamydia en gonorroe is eenvoudig en resulteert zelfs in genezing. Bovendien beschermt de patiënt hiermee zijn naasten.

Van de testprocedure zelf moet de patiënt de mogelijke belasting kunnen inschatten. De huisarts legt uit dat afname van wissers ter hoogte van de keel en het rectum nodig zijn bij een voorgeschiedenis van blootstelling op deze plaatsen. Hij bespreekt de betrouwbaarheid van de testmethodes en wat de implicaties zijn van een positieve en een negatieve test uitslag.

De huisarts bespreekt het belang van het onderbreken van de transmissieketen. De patiënt krijgt de raad om geen (onbeschermde) seksuele contacten te hebben minstens totdat het resultaat bekend is en langer bij een positieve testuitslag. In dat geval *moeten* de huidige en eventuele vorige partner(s) van de patiënt verwittigd worden. Gonorroe, syfilis en hepatitis B zijn bovendien onderworpen aan een meldingsplicht.

Er wordt tijd gemaakt voor eventuele vragen en gepeild naar weerstand tegen het testen. Het is belangrijk de confidentialiteit van de testresultaten te benadrukken.

Bij zwangere vrouwen past men de opt-out strategie toe waarbij vrouwen zich actief moeten verzetten tegen screening. Bij andere risicogroepen moet de patiënt zijn informed consent geven. Een mondelinge toestemming van de patiënt is voldoende voor het uitvoeren van de test. Bij andere soa's dan HIV mag de arts ook uit de gedragingen van de patiënt afleiden dat hij/zij toestemt.

Het moet duidelijk zijn wanneer en hoe de resultaten zullen gecommuniceerd worden. Meedelen van resultaten per telefoon of per e-mail wordt afgeraden, gezien de hoge kans op misverstanden en de gemiste kans tot counseling. In het medisch dossier moet zeker een correct telefoonnummer genoteerd zijn, ingeval de patiënt niet op de afspraak is. (26;29;30;55;65)

Basis voor aanbeveling

De noodzaak voor pre-testcounselen komt allereerst voort uit de wettelijke verplichting die we hebben tegenover de patiënt om hem/haar in te lichten over de voorgestelde medische actie. Het verkrijgen van een informed consent is wettelijk verplicht en vooral voor HIV testing zeer belangrijk, gezien de grote impact van een positief testresultaat.
Het doel van de pre-testcounseling is om de patiënt die in aanmerking komt voor screening ermee te doen instemmen zich te laten testen. Hoe moeten we dus counselen zodat zoveel mogelijk patiënten zich laten testen? De NICE richtlijn "Increasing the uptake of HIV testing" (57) behandelt deze vraag. In de evidence statements worden de verschillende motivaties en barrières voor screening aangehaald. Routine, verantwoordelijkheidsgevoel, kostenloosheid waren redenen om te screenen, terwijl gebrek aan kennis, angst voor stigma, angst voor een positief resultaat en een lage inschatting van het risico significante barrières waren. NICE baseert zich op deze resultaten om de inhoud van pre-testcounselen vorm te geven.
Er zijn echter weinig studies die de efficiëntie van een bepaalde counseling strategie bekijken in termen van aantal geteste patiënten. Enkele studies van matige kwaliteit tonen dat een "opt-out" strategie efficiënter zou zijn dan "opt-in". Een andere studie toont dat een adequate follow-up van positieve resultaten een grotere impact had op kosteneffectiviteit. (66)
Voor de aanbevelingen volgden we de NICE richtlijn (57) en de WHO "Guidance on provider initiated HIV testing and counseling"(62). De kernboodschappen zijn extrapoleerbaar naar andere soa's. De aanbeveling om te weerhouden van seksuele activiteit volgt uit de Britse richtlijn. (47)

Post-test counseling

Resultaten worden meegedeeld in een persoonlijk gesprek. Onafhankelijk van de testuitslag komt preventieve counseling opnieuw aan bod. Condoomgebruik wordt gepromoot voor iedereen die een screening heeft ondergaan.

Welke post-testcounseling moet de huisarts aanbieden na een negatieve screeningsuitslag?

- De huisarts legt de betekenis van het negatieve resultaat uit:
  - Patiënten die minder dan 6 weken voor de test op syfilis, hepatitis B of C en HIV een risicovol (seksueel) contact hadden moeten opnieuw getest worden over 4 weken voor HIV en over 3 maanden voor de andere soa's. GRADE 2C
  - Patiënten die geen risicocontact hadden in de voorbije 6 weken zijn zeker negatief.

- De huisarts spreekt met de patiënt het moment voor de volgende screening af.

- De huisarts vaccineert niet immune risicopatiënten tegen hepatitis B. GRADE 1A

- De huisarts legt de nadruk op soa-negatief blijven en promoot daarbij condoomgebruik. GRADE 1B

Toelichting

Aan patiënten die 6 weken voor het uitvoeren van de testen nog een risicocontact hebben gehad wordt uitgelegd dat het negatieve resultaat geen uitsluitsel geeft. Mogelijks zijn er nog onvoldoende antistoffen in het lichaam aanwezig of is de virale lading te laag om te kunnen detecteren. Deze patiënten krijgen een afspraak voor een herhaalde test over 6 weken als zij meerdere risicocontacten hebben gehad en over 3 maanden ingeval van een enkel risicocontact om de test te laten herhalen. Intussen weerhouden zij zich absoluut van onbeschermde seksuele contacten met hun partner. Bij patiënten waarbij het risicocontact langer dan 6 weken geleden is, bespreekt de huisarts samen met de patiënt de te volgen screeningsfrequentie. Aan de patiënten die nog niet immuun zijn voor hepatitis B en die ook in de toekomst nog blootgesteld kunnen worden, zal men vaccinatie aanbieden. Eens gevaccineerd is herhaalde screening voor hepatitis B obsoleet.

Patiënten die een hoog risico lopen op één of meerdere soa's worden nogmaals geïnformeerd over mogelijke symptomen en aangemoedigd om onmiddellijk op raadpleging te komen wanneer deze zich voordoen vóór de volgende controle. Risico-inschatting en zo nodig screening van de partner wordt aangemoedigd.

De nadruk van de counseling ligt vooral op de strategieën om soa-negatief te blijven. De huisarts laat ruimte voor het stellen van vragen en verzekert zich voor het einde van het gesprek ervan dat de patiënt alles begrepen heeft. Waar nodig kan schriftelijke informatie mee naar huis worden gegeven.

Basis voor aanbeveling

De aanbevelingen zijn gebaseerd op de “UK screening and testing“ richtlijn (47) en de NICE richtlijn “Increasing the uptake of HIV testing”. (57) Voor de globale gespreksinhoud, formulering en randvoorwaarden werden, gezien het gebrek aan experimentele studies en goede reviews, ook de en WHO richtlijnen voor “Provider initiated testing and counseling” (62) en de handleiding voor de arts “Pro-actief HIV-testen en -counselen”(65) geraadpleegd. Deze documenten zijn tot stand gekomen vanuit een consensus van experts. De aanbeveling om niet-immune patiënten die risico lopen op hepatitis B te vaccineren is gebaseerd op de BASHH richtlijn over virale hepatitiden (54).

Welke post-testcounseling moet de huisarts aanbieden na een positieve screeningsuitslag?

- De huisarts laat ruimte voor de emoties van de patiënt na het meedelen van de positieve testuitslag en toetst of deze alles begrepen heeft.
- De huisarts geeft informatie over de vastgestelde soa.
- De huisarts neemt een nieuw staal af voor confirmatie van HIV, syfilis of hepatitis B en screent voor andere soa’s voor zover dit nog niet gebeurde. GRADE 2C
- De huisarts start zo nodig een behandeling voor chlamydia of gonorroe en licht de duur en de nevenwerkingen ervan toe. Vrouwen die hormonale anticonceptie gebruiken krijgen de raad om aanvullende voorbehoedsmiddelen te gebruiken. GRADE 1C
- Patiënten met een diagnose van syfilis, hepatitis B of C, of HIV worden verwezen voor verdere oppuntstelling. Patiënten met HIV moeten op korte termijn gezien worden. GRADE 2C
- De huisarts raadt aan om geen onveilige seksuele contacten te hebben tot een week na behandeling voor chlamydia, gonorroe en syfilis, tot seroconversie naar anti-HBs-antistoffen voor hepatitis B, verdwijnen van HCV-RNA voor hepatitis C en levenslang voor HIV. GRADE 2C
- De huisarts promoot condoomgebruik. GRADE 1B
- De huisarts geeft een vervolgafspraak op korte termijn.

Toelichting

Een positieve testuitslag wordt pas meegedeeld wanneer deze op gepaste wijze door het labo bevestigd werd. Gezien de grote impact van de meeste soa-diagnosen wordt een bijkomend staal afgenomen om ook fouten zoals staalverwisseling uit te sluiten. Indien dit nog niet gebeurde wordt ook voor andere soa's gescreend.

De mededeling van een positief testresultaat leidt vaak tot een erg emotionele reactie bij de patiënt. De huisarts laat ruimte voor de emoties en bezorgheden van de patiënt en verzekert zich ervan dat de patiënt de boodschap begrepen heeft alvorens verder te gaan met het verstrekken van informatie. Indien nodig - bv. bij een diagnose van HIV - wordt de patiënt verwezen voor specialistische opvang en/of crisisinterventie (zelfmoordrisico, partnergeweld, …). (65)

Behandeling

De huisarts geeft informatie over de vastgestelde soa en de behandeling, zo nodig ook in schriftelijke vorm.

De behandeling van chlamydia en gonorroe kan in de huisartsenpraktijk opgestart worden. Vrouwen die orale anticonceptie nemen worden erop gewezen dat deze minder effectief is bij inname van de voorgeschreven antibiotica. Zij kunnen hun pil verder blijven innemen, maar een alternatieve methode van anticonceptie moet gebruikt worden tot 1 week na het vervolledigen van de kuur. Patiëntes die met de behandeling starten in de laatste pilweek, starten een nieuwe strip zonder pilvrij interval. Alcohol kan de werking van de antibiotica verminderen. De duur van behandeling en mogelijke nevenwerkingen moeten worden aangehaald. (30;47)

Voor oppuntstelling en (eventuele) behandeling van syfilis, hepatitis B en C en HIV verwijst de huisarts naar de specialist of multidisciplinaire polikliniek, waarbij hij het beroepsgeheim van alle hulpverleners benadrukt. Patiënten met HIV worden liefst binnen de 48 uur na het verkrijgen van het testresultaat gezien, maar zeker binnen de twee weken. Of al dan niet met therapie gestart wordt kan afhangen van het resultaat van verdere testen die het stadium van de ziekte bepalen. Regelmatige serologische controles kunnen nodig zijn om te bepalen of een vroege HBV- of HCV-infectie chronisch wordt. (34;35)

Vrouwen die na 28 weken zwangerschap gediagnosticeerd worden met een HIV-infectie worden *dringend* verwezen voor start van anti-retrovirale therapie in het kader van preventie van moeder-kindtransmissie. (39)

De huisarts onderstreept het belang van therapietrouw en goede medische opvolging.

Maatregelen ten aanzien seksuele en andere contacten
Om het risico van overdracht zo veel mogelijk te reduceren raadt men patiënten met chlamydia, gonorroe of syfilis aan om geen seksueel contact te hebben tot een week na de behandeling van patiënt én partner, of indien dit niet mogelijk is op zijn minst geen onbeschermd contact.
Met HBV besmette patiënten mogen geen (onbeschermde) seksuele contacten aangaan zolang er geen seroconversie plaats heeft gevonden van HBsAg naar anti-HBs-antistoffen of tot wanneer partners gevaccineerd zijn. Voorzichtigheid is ook aangewezen in de omgang met familieleden en huisgenoten. Zo wordt het delen van tandenborstels en scheerapparaten afgeraden.
Patiënten met hepatitis C zijn besmettelijk zolang HCV-RNA detecteerbaar is in het bloed en dienen zich te onthouden of minstens condooms te gebruiken bij risicovolle seksuele contacten zoals anale penetratie. (34;35)
De beschermingsmaatregelen voor preventie van HIV-transmissie moeten levenslang bij alle toekomstige contacten worden toegepast, ook bij lage virale lading onder behandeling. Dit kan een bijzonder moeilijke opdracht zijn bij HIV-discordante koppels of wanneer er sprake is van kinderwens. Dergelijke koppels genieten best specifieke aanvullende counseling bij een gespecialiseerde dienst. (65)

Alle patiënten besmet met een virus dat overgedragen wordt via bloed moeten afzien van (bloed)donorschap, voorzorgen nemen bij het gebruik van naalden en speciale begeleiding zoeken bij eventuele zwangerschap.

Opvolging
Geef een vervolgafspraak op korte termijn om eventuele vragen en bekommernissen te bespreken. Wanneer een eerste post-testcounseling erg emotioneel geladen was, onthoudt de patiënt vaak slechts een beperkt deel van de informatie die werd gegeven. Een opvolggesprek geeft de huisarts de kans om het bestaan van onduidelijkheden te exploreren. Tevens kan bij deze gelegenheid worden nagegaan of de partner(s) gewaarschuwd (en gescreend) zijn. (57)
De huisarts vraagt naar het bestaan van symptomen, eventuele problemen met de behandeling en naar therapietrouw. De verschillende beschermingsmaatregelen worden opnieuw overlopen. De huisarts maakt zo nodig een afspraak voor controle van genezing.

Basis voor aanbeveling
De aanbevelingen zijn opnieuw gebaseerd op de “UK screening and testing“ richtlijn en de NICE richtlijn “Increasing the uptake of HIV testing”(57). Gezien het gebrek aan experimentele studies en goede reviews werden ook de en WHO richtlijnen voor “Provider initiated testing and counseling”(62) en “Post test counseling and retesting”(67) en de handleiding voor de arts “Pro-actief HIV-testen en -counselen”(65)

in overweging genomen. Deze documenten zijn tot stand gekomen vanuit een consensus van experts. De meeste literatuur over counseling gaat specifiek over HIV-counseling. De boodschappen werden zo mogelijk geëxtrapoleerd naar counseling voor andere soa's.

Partnerwaarschuwing en contactonderzoek

Hoe organiseert de huisarts partneropsporing en waarschuwing?

- Alle partners van tijdens de besmettelijke periode van de patiënt moeten gecontacteerd worden. Pragmatisch raadt de huisarts aan de partners van de laatste 6 maanden te contacteren. GRADE 2D

- De huisarts laat de patiënt de keuze om de partners zelf te contacteren, dan wel op anonieme wijze door de arts. Hij geeft informatie mee voor de partner. GRADE 2B

- Overweeg om materiaal voor staalname voor chlamydia mee te geven. GRADE 2C

Toelichting

Partnerbehandeling is in het belang van de patiënt en relevant in het tegengaan van verdere verspreiding van de infectie. Partnerwaarschuwing, contactonderzoek en partnerbehandeling kunnen echter nooit afgedwongen worden. De patiënt moet altijd toestemmen. Een uitzondering op deze regel is soms van toepassing voor HIV besmetting. Hier wordt verder op ingegaan in het hoofdstuk over de Belgische wetgeving.

Alle partners die de patiënt gedurende de besmettelijke periode van zijn soa gehad heeft moeten gecontacteerd worden. Gezien deze termijn vaak praktisch erg moeilijk te achterhalen valt, kiest men voor een pragmatische aanpak. Voor chlamydia, gonorroe of acute hepatitis B contacteert men de seksuele partner(s) (alle vaginale, orale en/of anale contacten worden in rekening gebracht) tot een half jaar terug, of de meest recente partner indien langer geleden. Voor syfilis kan een onderscheid gemaakt worden tussen primaire en secundaire syfilis; de seksuele partners van respectievelijk de voorbije 3 maanden of de voorbije 6 maanden moeten gecontacteerd worden. Bij chronische HBV-dragers moeten alle seksuele partners gescreend worden en zij die niet immuun zijn moeten worden gevaccineerd. Ook gezinsleden worden gescreend en gevaccineerd. (34;35;47;52;68)
Bij een diagnose van HIV moeten alle seksuele partners uit het verleden gecontacteerd worden, of deze vanaf het moment van een negatieve test.

Partnerwaarschuwing kan op verschillende manieren gebeuren. Klassiek spreekt men van ‘provider referral’ als de arts zelf de partner contacteert, van ‘patient referral’ als de geïnfecteerde patiënt zelf zijn partner(s) inlicht en van ‘contract referral’ als de arts de partner contacteert ingeval de patiënt dit na een zekere termijn nog niet zelf heeft gedaan. ‘Provider referral’ en ‘contract referral’ zijn doorgaans het meest efficiënt. De patiënt de keuze geven tussen de verschillende mogelijkheden blijkt de graad van screening van de partners te verbeteren. (46;55;62;63;69)
De huisarts zal dus met de patiënt bespreken of en door wie welke partner(s) gewaarschuwd worden. Hij houdt rekening met de bestaande taboes en associaties (onveilige seks, vreemdgaan, …) binnen de socio-culturele context van de patiënt. Vooral bij migranten uit Sub-Saharisch Afrika ligt partnerwaarschuwing vaak heel moeilijk. Soms bestaat er een vrees voor partnergeweld. De huisarts biedt aan om de mededeling te begeleiden tijdens een raadpleging en beide partners samen te counselen. Voor chlamydia kan de huisarts overwegen om materiaal voor staalname mee te geven, als hij vreest dat de partner niet op raadpleging zou komen. De huisarts geeft informatie over de aandoening mee voor de partner van de patiënt. (65)
Door de afdeling Toezicht Volksgezondheid van het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid, in samenwerking met Sensoa en soa-overleg Vlaanderen werd een brief voor partnerverwittiging opgesteld, met informatie voor de arts. Deze kan als hulpmiddel gebruikt worden voor het anoniem contacteren van vroegere partners (provider referral). (zie bijlage 5)

Basis voor aanbeveling

De aanbevelingen voor de termijn zijn gebaseerd op de stellingen rond partner-waarschuwing van de SIGN richtlijn voor chlamydia (30) en de BASHH voor hepatitis (34). Er werd ook gekeken naar de richtlijnen voor gonorroe, syfilis en hepatitis B van het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid. Er zijn geen solide literatuurgegevens om dit te onderbouwen.
De wijze waarop partnerwaarschuwing dient plaats te vinden werd geformuleerd op basis van de NICE richtlijn “One to one interventions to reduce transmission of STI” (19), de systematische review door Mathews C verschenen in Clinical Evidence (70;71) en twee andere reviews (63;66;67;69).

Belgische wetgeving

Verplichte melding infectieziekten

Gonorroe, syfilis en hepatitis B zijn onderhevig aan een meldingsplicht.

Hoe melden?

De meldingsplichtige infectieziekten moeten **binnen 24 uur na kennisgeving van de laboratoriumuitslagen** gemeld worden.
De melding moet op een elektronisch beveiligde manier, telefonisch of mondeling, of eventueel schriftelijk gebeuren bij de arts infectieziektebestrijding van de afdeling Toezicht Volksgezondheid van de provincie. De contactgegevens en het benodigde meldformulier zijn te vinden via de website van het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid.

Gevalsdefinities

Er wordt onderscheid gemaakt tussen suggestieve, vermoedelijke en geconfirmeerde gevallen, waarvoor per aandoening specifieke criteria vastgelegd zijn, die te raadplegen zijn op de website van het Vlaams Agentschap voor Zorg & Gezondheid: http://www.zorg-en-gezondheid.be/infectieziekten.aspx. De gevalsdefinities en laboratorium-criteria worden gebruikt voor het bepalen of een melding al dan niet meegenomen wordt in de cijfergegevens.

Minderjarige patiënten

Juridisch gezien kan een jongere pas volledig instemmen tot seksuele activiteit vanaf de leeftijd van 16 jaar, maar praktisch gezien heeft een kwart van de jongeren al seksuele ervaring vóór deze leeftijd. De wet op de patiëntenrechten stelt dat deze rechten bij een minderjarige patiënt uitgeoefend worden door de ouders of de voogd. Ouders hebben vanuit hun ouderlijk gezag recht op de informatie die noodzakelijk is om fundamentele medische en opvoedkundige beslissingen te kunnen nemen in het belang van de minderjarige.
De minderjarige moet steeds betrokken worden bij de uitoefening van zijn (patiënten)rechten, naargelang zijn leeftijd en maturiteit en het beslissingsrecht van de ouders neemt af naarmate hun kinderen bekwamer worden om zelf beslissingen te nemen. Hiervoor is geen leeftijdsgrens vastgelegd. Volgens de Wet op de Patiëntenrechten kan elke minderjarige jongere “die in staat wordt geacht tot een redelijke beoordeling van zijn belangen” zelfstandig een arts raadplegen en om een behandeling, een test of medicatie vragen. De behandelende geneesheer beslist in dat geval in eer en geweten en op basis van de leeftijd, de zwaarte van de ingreep en het inzicht dat de minderjarige toont, of de jongere “voldoende matuur” is. De arts kan en

mag in geen geval de ouders inlichten: niet over het bezoek aan de dokter, noch over wat op de consultatie werd besproken. (72)

Jongeren hebben ook seksuele rechten, zoals het recht op informatie en vaardigheden betreffende seks, anticonceptie, soa en AIDS en het recht op een gezondheidszorg die betrouwbaar, betaalbaar en van goede kwaliteit is.
Om dit te kunnen waarmaken moet de drempel voor het zoeken van (medische) zorg voor jongeren zo laag mogelijk zijn. De terugbetaling van het ziekenfonds van de consultatie en het labonderzoek via de ouders, kan jongeren echter weerhouden om zelf naar een arts te stappen. De huisarts kan de derdebetalersregeling toepassen, maar de realiteit leert dat jongeren deze mogelijkheid niet kennen en dat veel huisartsen het niet voorstellen. (73)

Partnernotificatie

Bij het counselen van patiënten met seksueel overdraagbare aandoeningen en in het bijzonder bij patiënten met HIV kan de arts geconfronteerd worden met ethische problemen. Wanneer een patiënt weigert om de nodige voorzorgsmaatregelen te treffen om zijn huidige partner(s) te beschermen tegen besmetting, komt het recht van de patiënt op bescherming door het beroepsgeheim in conflict met de rechten van zijn partner, wiens gezondheid in het gevaar is. Hoe moet de huisarts met dergelijke problemen omgaan? Mag hij zijn beroepsgeheim doorbreken en de vaste partner van de patiënt inlichten?

Juridisch kan de arts zich uitzonderlijk beroepen op het bestaan van een noodtoestand om afstand te doen van zijn beroepsgeheim, wanneer het doorbreken van het beroepsgeheim de enige manier is om een andere belangrijkere waarde te vrijwaren.
Specifiek over de problematiek van partnerwaarschuwing van seropositieve patiënten sprak de Orde van Geneesheren zich reeds verschillende keren als volgt uit:
De arts kan in uitzonderlijke gevallen, waar de volledig geïnformeerde patiënt herhaaldelijk weigerde om de nodige voorzorgsmaatregelen te treffen om zijn partner te beschermen en vervolgens weigerde om zijn partner op de hoogte te stellen van zijn seropositiviteit – ondanks de aangeboden hulp van de arts – zijn beroepsgeheim doorbreken. Hij mag de partner alleen inlichten indien hij overtuigd is dat deze een reëel gevaar loopt op besmetting en na zorgvuldige verslaglegging in het dossier. (74)

Kernboodschappen

Risicogroep	Welke actie?	Welke aanvraag?	Frequentie
MSM Prostituees	Eerste straalsurine of urethrale/vaginale wisser Rectale wisser Keelwisser Bloedname: serumtube	☑NAAT (bv. PCR) voor Chlamydia en gonorroe ☑Cultuur (of NAAT) voor Chlamydia en gonorroe ☑Cultuur (of NAAT) voor gonorroe (en Chlamydia*) Bacteriële serologie ☑EIA of TPPA voor Syfilis Virale serologie ☑Hepatitis B surface Ag ☑anti-HCV-As ☑HIV-1 en HIV-2 As + Ag	Minstens jaarlijks
HIV positief	Eerste straalsurine of urethrale/vaginale wisser Rectale wisser* Keelwisser* Bloedname: serumtube	☑NAAT (bv. PCR) voor Chlamydia en gonorroe ☑Cultuur (of NAAT) voor Chlamydia en gonorroe ☑Cultuur (of NAAT) voor gonorroe (en Chlamydia*) Bacteriële serologie ☑EIA of TPPA voor Syfilis Virale serologie ☑Hepatitis B surface Ag ☑anti-HCV-As	Minstens jaarlijks
Soa < 12 maanden	Eerste straalsurine of urethrale/vaginale wisser Rectale wisser* Keelwisser* Bloedname: serumtube	☑NAAT (bv. PCR) voor Chlamydia en gonorroe ☑Cultuur (of NAAT) voor Chlamydia en gonorroe ☑Cultuur (of NAAT) voor gonorroe (en Chlamydia*) Virale serologie ☑HIV-1 en HIV-2 As + Ag	Afhankelijk van risicoprofiel
Vrouwen at risk	Eerste straalsurine of	☑NAAT (bv. PCR) voor	Jaarlijks

	urethrale/vaginale wisser Rectale wisser* Keelwisser*	Chlamydia en gonorroe ☑Cultuur (of NAAT) voor Chlamydia en gonorroe ☑Cultuur (of NAAT) voor gonorroe (en Chlamydia*)	
HIV/HBV endemisch gebied	Bloedname: serumtube	Virale serologie ☑Hepatitis B surface Ag ☑HIV-1 en HIV-2 As + Ag	Eenmalig (tenzij hoog risicoprofiel)
IV druggebruik	Bloedname: serumtube	Virale serologie ☑Hepatitis B surface Ag ☑anti-HCV-As ☑HIV-1 en HIV-2 As + Ag	Minstens jaarlijks
Zwangerschap	Bloedname: serumtube	Bacteriële serologie ☑EIA of TPPA voor Syfilis Virale serologie ☑Hepatitis B surface Ag ☑HIV-1 en HIV-2 As + Ag	Eerste controle 3e trimester/ bevalling (HBV)
Partner met soa diagnose	Afhankelijk van de soa diagnose	Afhankelijk van de soa diagnose	Minstens jaarlijks
Screening op vraag	Eerste straalsurine of urethrale/vaginale wisser	☑NAAT (bv. PCR) voor Chlamydia en gonorroe	Eenmalig (tenzij hoog risicoprofiel)

Referenties

Reference List

(1) De Schrijver K. De epidemiologie van seksueel overdraagbare aandoeningen in België. 2003. Report No.: 45/3.

(2) Verbrugge R, Sasse A. Surveillance van Seksueel Overdraagbare Aandoeningen bij de algemene bevolking in België en de Regio's. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2012. Report No.: D/2011/2505/57.

(3) European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance report: Sexually transmitted infections in Europe 1990–2009. Stockholm; 2011. Report No.: ECDC; 2011.

(4) Low N, Cassel J, Spencer B, Bender N, Hilber AM, van Bergen J, et al. Technical Report: Review of Chlamydia Control Activities in EU countries. Stockholm: European Centre of Disease Prevention and Control.; 2008 May.

(5) Verhoeven V, Avonts D, Meheus A, Goossens H, Leven M, Chapelle S, et al. Chlamydial infection: an accurate model for opportunistic screening in general practice. Sexually Transmitted Infections 2003;79(4):313-7.

(6) Defraye A, Buziarsist J, Sasse A, Bots J, Ducoffre G, Gurning E, et al. Gemeenschappelijk soa-rapport 2009. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid; 2010. Report No.: IPH/EPI REPORTS Nr 2010/010.

(7) Sasse A, Verbrugge R, Van Beckhoven D. Epidemiologie van AIDS en HIV-infectie in Vlaanderen - Toestand op 31 december 2010. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - OD Volksgezondheid en Surveillance, dienst Infectieziekten in de Algemene populatie; 2011 Nov.

(8) Sensoa. Feiten en cijfers: Nieuwe hiv-diagnoses in 2010. http://www sensoa be/feiten-cijfers-hiv-en-aids-belgie 2011 November 25

(9) Defraye A, Ducoffre G, Mak R. Epidemiologie, diagnose en behandeling van Neisseria gonorrhoeae-infecties in België. Vlaams Infectieziektebulletin 2010;72(2):4-8.

(10) Mak R. Syfilis terug van weggeweest, ook in Vlaanderen. Vlaams Infectieziektebulletin 2006;55(2):11-4.

(11) Sensoa. Feiten en cijfers: Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's). http://www sensoa be/seksueel-overdraagbare-aandoeningen 2011 July 14:1-25.

(12) Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Herrmann I, Van Royen P, et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. Family Practice 2003;20(1):11-5.

(13) Burls A. AGREE II-improving the quality of clinical care. Lancet 2010 Oct 2;376(9747):1128-9.

(14) Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ 2008 Apr 26;336(7650):924-6.

(15) Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? BMJ 2008 May 3;336(7651):995-8.

(16) Schunemann HJ, Oxman AD, Brozek J, Glasziou P, Jaeschke R, Vist GE, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. BMJ 2008 May 17;336(7653):1106-10.

(17) Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Jaeschke R, Helfand M, Liberati A, et al. Incorporating considerations of resources use into grading recommendations. BMJ 2008 May 24;336(7654):1170-3.

(18) Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations. BMJ 2008 May 10;336(7652):1049-51.

(19) NICE National Institute for Health + Clinical Excellence. One to one interventions te reduce the transmission of sexually transmitted infectons (STIs), and to reduce the rate of under 18 conceptions, especially among vulnerable and at risk groups. GIN, editor. 2007. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(20) Beyers W. Samenvatting van de gegevens uit het onderzoek over seksueel gedrag 2007-09. Universiteit Gent, editor. 2010.
Ref Type: Unpublished Work

(21) Hublet A, Vereecken C, Maes L. Studie Jongeren en Gezondheid 2010 . Vakgroep Maatschappelijke gezondheidkunde; Universiteit Gent. 2011.

(22) Rutgers Nisso Groep. Factsheet: Seks onder je 25e. http://www.rutgersnissogroep.nl/ . 2005.
Ref Type: Online Source

(23) Sensoa. Feiten en cijfers: Jongeren en seksualiteit . http://www sensoa be/feiten-cijfers-jongeren-en-seksualiteit 2011 July:1-27.

(24) AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. BASHH 2006 national guidelines - consultations requiring sexual history-taking. British Association for Sexual Health and HIV. NGC:006300. GIN, editor. 2007. International Guidelines Library.

Ref Type: Grant

(25) AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. United States Preventive Services Task Force. NGC:006686. GIN, editor. 2008. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(26) DM Domus Medica vzw, Flemish College of General Practitioners. Actieve opsporing van chlamydia trachomatis in de huisartsenpraktijk: aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. GIN, editor. 2008. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(27) AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. Screening for chlamydial infection: recommendation statement. United States Preventive Services Task Force. NGC:005454. GIN, editor. 2007. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(28) AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. Chlamydia trachomatis: UK testing guidelines. British Association for Sexual Health and HIV. NGC:008969. GIN, editor. 2010. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(29) SCHIN Sowerby Centre for Health Informatics at Newcastle. Chlamydia - uncomplicated, genital (CKS Topic Minibite). GIN, editor. 2009. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(30) SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network, AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. Management of genital chlamydia trachomatis infection (SIGN CPG 109). GIN, editor. 2009. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(31) AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. Adult preventive services (ages 18 - 49). Michigan Quality Improvement Consortium. NGC:009008. GIN, editor. 2012. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(32) The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Guidelines for preventive activities in general practice. South Melbourne: RACGP; 2009 May.

(33) Mustanski BS, Newcomb ME, Du Bois SN, Garcia SC, Grov C. HIV in Young Men Who Have Sex with Men: A Review of Epidemiology, Risk and Protective Factors, and Interventions. Sexually Transmitted Infections 2012;48(2-3):218-53.

(34) AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. Hepatitis A, B and C. In: Sexually transmitted infections: UK national screening and testing guidelines. British Association for Sexual Health and HIV. NGC:006404. GIN, editor. 2006. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(35) AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. Human immunodeficiency virus (HIV). In: Sexually transmitted infections: UK national screening and testing guidelines. British Association for Sexual Health and HIV. NGC:006406. GIN, editor. 2006. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(36) 2010: A global view of HIV infection UNAIDS; 2012.

(37) AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. Screening for syphilis infection in pregnancy: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. United States Preventive Services Task Force. NGC:007244. GIN, editor. 2009. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(38) Screening for hepatitis B virus infection in pregnancy: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med 2009 Jun 16;150(12):869-73, W154.

(39) HTA-DoH HTA Unit, Ministry of Health, Malaysia. Management of HIV infection in pregnant women (CPG). GIN, editor. 2008. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(40) WHO. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people. http://whqlibdoc who int/publications/2011/9789241501750_eng pdf 2011Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501750_eng.pdf

(41) Kalichman SC, Pellowski J, Turner C. Prevalence of sexually transmitted co-infections in people living with HIV/AIDS: systematic review with implications for using HIV treatments for prevention. Sex Transm Infect 2011 Apr;87(3):183-90.

(42) Calonge N. Screening for syphilis infection: recommendation statement. Ann Fam Med 2004 Jul;2(4):362-5.

(43) Richmond TK, Freed GL, Clark SJ, Cabana MD. Guidelines for adolescent well care: is there consensus? Curr Opin Pediatr 2006 Aug;18(4):365-70.

(44) Screening for gonorrhea: recommendation statement. Ann Fam Med 2005 May;3(3):263-7.

(45) ACP American College of Physicians. Screening for HIV in Health Care Settings: A Guidance Statement from the American College of Physicians and HIV Medicine Association. GIN, editor. 2009. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(46) WHO. Scaling up HIV testing and counseling in the WHO European Region: an eesential component of efforts to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. http://www who int/hiv/pub/vct/hiv_testing_counseling/en/index html 2012

(47) AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. Gonorrhoea. In: Sexually transmitted infections: UK national screening and testing guidelines. British Association for Sexual Health and HIV. NGC:006301. GIN, editor. 2006. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(48) Schachter J, Moncada J, Liska S, Shayevich C, Klausner JD. Nucleic acid amplification tests in the diagnosis of chlamydial and gonococcal infections of the oropharynx and rectum in men who have sex with men. Sex Transm Dis 2008 Jul;35(7):637-42.

(49) Hunte T, Alcaide M, Castro J. Rectal infections with chlamydia and gonorrhoea in women attending a multiethnic sexually transmitted diseases urban clinic. Int J STD AIDS 2010 Dec;21(12):819-22.

(50) Kent CK, Chaw JK, Wong W, Liska S, Gibson S, Hubbard G, et al. Prevalence of rectal, urethral, and pharyngeal chlamydia and gonorrhea detected in 2 clinical settings among men who have sex with men: San Francisco, California, 2003. Clin Infect Dis 2005 Jul 1;41(1):67-74.

(51) Baker J, Plankey M, Josayma Y, Elion R, Chiliade P, Shahkolahi A, et al. The prevalence of rectal, urethral, and pharyngeal Neisseria gonorrheae and Chlamydia trachomatis among asymptomatic men who have sex with men in a prospective cohort in Washington, D.C. AIDS Patient Care STDS 2009 Aug;23(8):585-8.

(52) AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. Syphilis. In: Sexually transmitted infections: UK national screening and testing guidelines. British Association for Sexual Health and HIV. NGC:006396. GIN, editor. 2006. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(53) Binnicker MJ. Which algorithm should be used to screen for syphilis? Curr Opin Infect Dis 2012 Feb;25(1):79-85.

(54) BASHH. United Kingdom national guideline on the management of the viral hepatitides A, B, and C. www.bashh.org/documents/1927 . 2006. BASHH.
Ref Type: Online Source

(55) European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union: Evidence synthesis for Guidance on HIV testing. ECDC 2010

(56) WHOWorld Health Organisation. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. GIN, editor. 2003. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(57) NICE National Institute for Health + Clinical Excellence. Increasing the uptake of HIV testing among men who have sex with men (PH34). GIN, editor. 2011. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(58) Tiran D. NICE guideline on antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman--recommendations on the use of complementary therapies do not promote clinical excellence. Complement Ther Clin Pract 2005 May;11(2):127-9.

(59) Semaille P. Gedragscounseling en seksueel overdraagbare infecties (SOI) . Minerva 2009;8(4):50-1.

(60) Defraye A, Sasse A. SOI-surveillance via een peilnetwerk van artsen: resultaten Vlaanderen 2006. Vlaams infectieziektenbulletin 2008 Mar;64(2):4-8.

(61) NHG Dutch College of General Practitioners. Het SOA-consult (M82). GIN, editor. 2004. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(62) WHO/UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities. http://www who int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/ 2010

(63) Manirankunda L, Loos J, Debackaere P, Nöstlinger C. "It Is Not Easy": Challenges for Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Flanders, Belgium. AIDS Education and Prevention 2012;24(5):456-68.

(64) Koninklijk besluit tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie « Rechten van de Patiënt » ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt . Belgisch staatsblad 2003 May 13.

(65) HIV-SAM Project en Helpcenter-ITG. Proactief hiv-testen en -counselen voor Subsaharaans Afrikaanse migranten in Vlaanderen: een handleiding voor de arts. http://www.itg.be/itg/GeneralSite/Default.aspx?WPID=530&MIID=471&L=N . 2012. Antwerpen.
Ref Type: Online Source

(66) Walensky RP, Weinstein MC, Smith HE, Freedberg KA, Paltiel AD. Optimal allocation of testing dollars: the example of HIV counseling, testing, and referral. Med Decis Making 2005 May;25(3):321-9.

(67) WHO. Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults. http://www who int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/en/index html 2010

(68) AHRQ Agency for Healthcare Research + Quality. UK national guidelines for HIV testing 2008. British Association for Sexual Health and HIV. British HIV Association. British Infection Society. NGC:007173. GIN, editor. 2008. International Guidelines Library.
Ref Type: Grant

(69) Hogben M, McNally T, McPheeters M, Hutchinson AB. The effectiveness of HIV partner counseling and referral services in increasing identification of HIV-positive individuals a systematic review. Am J Prev Med 2007 Aug;33(2 Suppl):S89-100.

(70) Mathews C, Coetzee N, Zwarenstein M, Lombard C, Guttmacher S, Oxman A, et al. Strategies for partner notification for sexually transmitted diseases. Cochrane Database Syst Rev 2001;(4):CD002843.

(71) Mathews C, Coetzee N. Partner notification. Clin Evid (Online) 2007;2007.

(72) Vlaamse Overheid: Integrale Jeugdhulp. Beroepsgeheim. http://wvg.vlaanderen.be/rechtspositie/05-publicaties/werkmap-fiche-beroepsgeheim.pdf . 2012.
Ref Type: Online Source

(73) Kinderrechtencommissariaat. Jongeren en seksualiteit: Kinderrechtencommissariaat dossier. http://www.jeugdenseksualiteit.be/dossiers/DOSSIER_jongeren_en_seksualiteit_1.pdf . 2011.
Ref Type: Online Source

(74) Nationale Raad: Orde van Geneesheren. Beroepsgeheim en aids – Mededeling aan de partner. Tijdschrift Nationale Raad 2009 Mar 21;125:a125016.

Bijlagen

Bijlage 1: Criteria van Wilson en Jungner

Criteria van Wilson & Jungner (WHO 1968)
1. Relevant: de op te sporen ziekte moet tot de belangrijke gezondheidsproblemen behoren. 2. Behandelbaar: de ziekte moet behandelbaar zijn met een algemeen aanvaarde behandelingsmethode. 3. Voorzieningen: er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn om de diagnose te stellen. 4. Herkenbaar: er moet een herkenbaar latent stadium bestaan wil de opsporing de moeite lonen. 5. Natuurlijk verloop: het natuurlijk verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn. 6. Wie is ziek? Er moet overeenstemming bestaan over wie als ziek moet worden beschouwd. 7. Opsporingsmethode: er moet een bruikbare opsporingsmethode bestaan. 8. Aanvaardbaarheid: de opsporingstest moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking. 9. Kostenbaten: de kosten moeten evenredig zijn met de baten. 10. Continuïteit: het proces van opsporing dient continu te zijn. Referentie: Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. Public Health Papers nr 34. Geneva: WHO, 1968.

Bijlage 2: AGREE II scores

	TOPICS GUIDELINES	Counselling		
		NICE One to one interventions	BASHH Consultations requiring sexual history-taking	USPSTF Behavioral counseling
Min - m	**Onderwerp en doel**			
1 - 7	Doel van richtlijn	6	6	6
1 - 7	Klinische vragen	5	3	7
1 - 7	Patiëntenpopulatie	5	3	7
Min - m	3 - 21	16	12	20
	Standaardomeinscore	72,22	50,00	94,44
Min - m	**Betrokkenheid van belanghebbenden**			
1 - 7	Leden uit alle relevante beroepsgroepen	7	3	5
1 - 7	Perspectief van patiënt	1	1	1
1 - 7	Beoogde gebruikers	6	5	3
Min - m	3 - 21	14	9	9
	Standaardomeinscore	61,11	33,33	33,33
Min - m	**Methodologie**			
1 - 7	Systematische methoden	7	6	7
1 - 7	criteria voor selectie behouden	6	3	7
1 - 7	Sterke punten en beperkingen	5	4	7
1 - 7	Methoden van opstelling	5	4	6
1 - 7	Gezondheidswinst, risico's	6	3	6
1 - 7	Expliciet verband materiaal/aanbeveling	6	4	7
1 - 7	Beoordeling door externe experts	3	5	4
1 - 7	Procedure voor herziening	4	4	1
Min - m	8 - 56	42	33	45
	Standaardomeinscore	70,83	52,08	77,08
Min - m	**Helderheid en presentatie**			
1 - 7	Aanbeveling specifiek en ondubbelzinnig	4	4	7
1 - 7	Beleidsopties	3	5	5
1 - 7	Kernaanbeveling herkenbaar	7	3	7
Min - m	3 - 21	14	12	19
	Standaardomeinscore	61,11	50,00	88,89
Min - m	**Toepassing**			
Min - m	4 - 28	16	17	11
	Standaardomeinscore	50,00	54,17	29,17
Min - m	**Onafhankelijkheid van opstellers**			
1 - 7	Geen invloed financiële belangen	1	1	5
1 - 7	Conflicterende belangen?	1	1	5
Min - m	2 - 14	2	2	10
	Standaardomeinscore	0,00	0,00	66,67

	TOPICS GUIDELINES	All STI					
		Sexually Transmitted Infections: UK Screening and Testing Guidelines	RACGP Red Book	ICSI Preventive services for children and adolescents.	ICSI Preventive services for adults	Domus medica Aanvraag labotests door de huisarts	WHO Prevention and treatment of HIV/STI among MSM
Min - m	**Onderwerp en doel**						
1 - 7	Doel van richtlijn	6	4	6	6	6	6
1 - 7	Klinische vragen	4	3	4	4	7	7
1 - 7	Patiëntenpopulatie	5	5	6	6	6	5
Min - m	3 - 21	15	12	16	16	19	18
	Standaardomeinscore	66,67	50,00	72,22	72,22	88.89	83,33
Min - m	**Betrokkenheid van belanghebbenden**						
1 - 7	Leden uit alle relevante beroepsgroepen	4	6	6	6	5	4
1 - 7	Perspectief van patiënt	1	5	4	4	3	6
1 - 7	Beoogde gebruikers	6	5	5	5	6	5
Min - m	3 - 21	11	16	15	15	14	15
	Standaardomeinscore	44,44	72,22	66,67	66,67	61.11	66,67
Min - m	**Methodologie**						
1 - 7	Systematische methoden	6	4	4	4	7	7
1 - 7	criteria voor selectie behouden	5	3	4	4	6	6
1 - 7	Sterke punten en beperkingen	2	4	4	4	5	6
1 - 7	Methoden van opstelling	6	3	5	5	7	6
1 - 7	Gezondheidswinst, risico's	2	4	4	4	4	6
1 - 7	Expliciet verband materiaal/aanbeveling	5	6	5	5	7	6
1 - 7	Beoordeling door externe experts	4	4	4	4	6	5
1 - 7	Procedure voor herziening	3	4	6	6	5	6
Min - m	8 - 56	33	32	36	36	47	48
	Standaardomeinscore	52,08	50,00	58,33	58,33	81.25	83,33
Min - m	**Helderheid en presentatie**						
1 - 7	Aanbeveling specifiek en ondubbelzinnig	6	6	5	5	7	6
1 - 7	Beleidsopties	5	5	5	5	5	6
1 - 7	Kernaanbeveling herkenbaar	6	6	5	5	7	7
Min - m	3 - 21	17	17	15	15	19	19
	Standaardomeinscore	77,78	77,78	66,67	66,67	88.89	88,89
Min - m	**Toepassing**						
1 - 7	Bevorderende en belemmerende factoren	1	5	6	6	5	4
1 - 7	Hulpmiddelen	2	5	6	6	5	4
1 - 7	Kostenimplicaties	1	4	4	4	3	6
1 - 7	Criteria voor opvolging van toepassing	2	3	6	6	6	6
Min - m	4 - 28	6	17	22	22	19	20
	Standaardomeinscore	8,33	54,17	75,00	75,00	62.50	66,67
Min - m	**Onafhankelijkheid van opstellers**						
1 - 7	Geen invloed financiële belangen	7	6	7	7	7	5
1 - 7	Conflicterende belangen?	7	4	7	7	5	6
Min - m	2 - 14	14	10	14	14	12	11
	Standaardomeinscore	100,00	66,67	100,00	100,00	83.33	75,00

	TOPICS GUIDELINES	Gonorrhoe	HIV			Hepatitis B	
		USPTFS Screening for gonorrhea	Malasyan guidelines Management of HIV infection in pregnant women	NICE Increasing the uptake of HIV testing among MSM	ACP Screening for HIV in Health Care Setting	UK Guideline on Management of the Viral Hepatitides A, B & C	USPTFS Screening for Hepatitis B Virus Infection in Pregnancy
Min - m	**Onderwerp en doel**						
1 - 7	Doel van richtlijn	5	6	6	5	5	5
1 - 7	Klinische vragen	6	6	4	5	3	5
1 - 7	Patiëntenpopulatie	5	5	7	4	6	6
Min - m	3 - 21	16	17	17	14	14	16
	Standaardomeinscore	72,22	77,78	77,78	61,11	61,11	72,22
Min - m	**Betrokkenheid van belanghebbenden**						
1 - 7	Leden uit alle relevante beroepsgroepen	5	6	7	1	4	4
1 - 7	Perspectief van patiënt	2	1	3	1	2	2
1 - 7	Beoogde gebruikers	3	6	7	5	5	4
Min - m	3 - 21	10	13	17	7	11	10
	Standaardomeinscore	38,89	55,56	77,78	22,22	44,44	38,89
Min - m	**Methodologie**						
1 - 7	Systematische methoden	6	6	7	5	5	6
1 - 7	criteria voor selectie behouden	6	3	6	6	4	6
1 - 7	Sterke punten en beperkingen	6	2	6	6	3	5
1 - 7	Methoden van opstelling	4	6	6	6	5	5
1 - 7	Gezondheidswinst, risico's	6	4	6	4	4	7
1 - 7	Expliciet verband materiaal/aanbeveling	6	5	7	5	5	5
1 - 7	Beoordeling door externe experts	3	6	7	1	4	3
1 - 7	Procedure voor herziening	1	1	5	1	4	1
Min - m	8 - 56	38	33	50	34	34	38
	Standaardomeinscore	62,50	52,08	87,50	54,17	54,17	62,50
Min - m	**Helderheid en presentatie**						
1 - 7	Aanbeveling specifiek en ondubbelzinnig	6	6	5	4	4	6
1 - 7	Beleidsopties	5	6	5	5	5	5
1 - 7	Kernaanbeveling herkenbaar	7	6	6	6	3	7
Min - m	3 - 21	18	18	16	15	12	18
	Standaardomeinscore	83,33	83,33	72,22	66,67	50,00	83,33
Min - m	**Toepassing**						
1 - 7	Bevorderende en belemmerende factoren	2	3	5	3	3	2
1 - 7	Hulpmiddelen	5	1	5	4	3	5
1 - 7	Kostenimplicaties	6	2	6	5	3	3
1 - 7	Criteria voor opvolging van toepassing	3	2	3	2	5	1
Min - m	4 - 28	16	8	19	14	14	11
	Standaardomeinscore	50,00	16,67	62,50	41,67	41,67	29,17
Min - m	**Onafhankelijkheid van opstellers**						
1 - 7	Geen invloed financiële belangen	2	7	3	5	6	6
1 - 7	Conflicterende belangen?	2	7	3	5	6	6
Min - m	2 - 14	4	14	6	10	12	12
	Standaardomeinscore	16,67	100,00	33,33	66,67	83,33	83,33

	TOPICS GUIDELINES	Chlamydia				Syfilis	
		SIGN Management of genital Chlamydia trachomatis infection	USPSTF Screening for Chlamydial Infection	Domus medica Actieve opsporing van CT in de huisartsenpraktijk	CKS Prodigy Uncomplicated Chlamydia	USPSTF Screening for syfilis in pregnancy	USPTFS Screening for syfilis
Min - m	**Onderwerp en doel**						
1 - 7	Doel van richtlijn	6	6	5	5	6	2
1 - 7	Klinische vragen	7	4	5	4	5	5
1 - 7	Patiëntenpopulatie	5	6	5	4	6	5
Min - m	3 - 21	18	16	15	13	17	12
	Standaardomeinscore	83,33	72,22	66,67	55,56	77,78	50,00
Min - m	**Betrokkenheid van belanghebbenden**						
1 - 7	Leden uit alle relevante beroepsgroepen	7	5	6	1	5	5
1 - 7	Perspectief van patiënt	3	1	5	1	1	2
1 - 7	Beoogde gebruikers	6	2	6	5	2	2
Min - m	3 - 21	16	8	17	7	8	9
	Standaardomeinscore	72,22	27,78	77,78	22,22	27,78	33,33
Min - m	**Methodologie**						
1 - 7	Systematische methoden	7	7	6	5	6	5
1 - 7	criteria voor selectie behouden	7	7	5	5	6	5
1 - 7	Sterke punten en beperkingen	3	6	5	2	4	3
1 - 7	Methoden van opstelling	7	4	6	4	5	3
1 - 7	Gezondheidswinst, risico's	4	7	6	3	7	5
1 - 7	Expliciet verband materiaal/aanbeveling	6	6	6	4	5	4
1 - 7	Beoordeling door externe experts	5	1	7	5	2	2
1 - 7	Procedure voor herziening	4	1	7	5	1	1
Min - m	8 - 56	43	39	48	33	36	28
	Standaardomeinscore	72,92	64,58	83,33	52,08	58,33	41,67
Min - m	**Helderheid en presentatie**						
1 - 7	Aanbeveling specifiek en ondubbelzinnig	7	7	6	5	6	6
1 - 7	Beleidsopties	6	5	6	4	4	4
1 - 7	Kernaanbeveling herkenbaar	7	7	7	5	7	7
Min - m	3 - 21	20	19	19	14	17	17
	Standaardomeinscore	94,44	88,89	88,89	61,11	77,78	77,78
Min - m	**Toepassing**						
1 - 7	Bevorderende en belemmerende factoren	3	1	6	3	2	1
1 - 7	Hulpmiddelen	4	3	6	5	5	4
1 - 7	Kostenimplicaties	7	4	6	5	3	4
1 - 7	Criteria voor opvolging van toepassing	5	2	5	4	1	1
Min - m	4 - 28	19	10	23	17	11	10
	Standaardomeinscore	62,50	25,00	79,17	54,17	29,17	25,00
Min - m	**Onafhankelijkheid van opstellers**						
1 - 7	Geen invloed financiële belangen	7	6	6	5	6	2
1 - 7	Conflicterende belangen?	6	5	6	4	6	2
Min - m	2 - 14	13	11	12	9	12	4
	Standaardomeinscore	91,67	75,00	83,33	58,33	83,33	16,67

TOPICS GUIDELINES		Niet geselecteerde richtlijnen				
		CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010	NHG Het SOA consult	CDC Recommendations for Partner Services Programs	BASHH 2006 UK National Guideline Chlamydia trachomatis	BASHH 2008 National Guidelines for the managment of Syfilis
Min - m	**Onderwerp en doel**					
1 - 7	Doel van richtlijn	5	3	5	6	6
1 - 7	Klinische vragen	2	3	2	2	2
1 - 7	Patiëntenpopulatie	5	2	6	6	6
Min - m	3 - 21	12	8	13	14	14
	Standaardomeinscore	50,00	27,78	55,56	61,11	61,11
Min - m	**Betrokkenheid van belanghebbenden**					
1 - 7	Leden uit alle relevante beroepsgroepen	6	4	4	5	5
1 - 7	Perspectief van patiënt	1	3	5	2	2
1 - 7	Beoogde gebruikers	5	5	7	6	6
Min - m	3 - 21	12	12	16	13	13
	Standaardomeinscore	50,00	50,00	72,22	55,56	55,56
Min - m	**Methodologie**					
1 - 7	Systematische methoden	4	3	1	5	5
1 - 7	criteria voor selectie behouden	1	1	1	2	3
1 - 7	Sterke punten en beperkingen	2	1	1	2	2
1 - 7	Methoden van opstelling	5	3	1	4	4
1 - 7	Gezondheidswinst, risico's	4	2	1	3	3
1 - 7	Expliciet verband materiaal/aanbeveling	4	2	1	4	4
1 - 7	Beoordeling door externe experts	3	5	2	4	4
1 - 7	Procedure voor herziening	2	3	1	2	2
Min - m	8 - 56	25	20	9	26	27
	Standaardomeinscore	35,42	25,00	2,08	37,50	39,58
Min - m	**Helderheid en presentatie**					
1 - 7	Aanbeveling specifiek en ondubbelzinnig	6	4	6	4	3
1 - 7	Beleidsopties	5	6	4	5	5
1 - 7	Kernaanbeveling herkenbaar	5	5	5	3	3
Min - m	3 - 21	16	15	15	12	11
	Standaardomeinscore	72,22	66,67	66,67	50,00	44,44
Min - m	**Toepassing**					
1 - 7	Bevorderende en belemmerende factoren	2	4	5	4	4
1 - 7	Hulpmiddelen	2	6	3	2	2
1 - 7	Kostenimplicaties	2	2	2	2	2
1 - 7	Criteria voor opvolging van toepassing	1	2	7	4	6
Min - m	4 - 28	7	14	17	12	14
	Standaardomeinscore	12,50	41,67	54,17	33,33	41,67
Min - m	**Onafhankelijkheid van opstellers**					
1 - 7	Geen invloed financiële belangen	1	1	5	6	6
1 - 7	Conflicterende belangen?	1	1	1	6	6
Min - m	2 - 14	2	2	6	12	12
	Standaardomeinscore	0,00	0,00	33,33	83,33	83,33

	TOPICS GUIDELINES	Niet geselecteerde richtlijnen				
		UK national HIV testing guidelines 2008	Michigan QIC Routine preventive services for children and adolescents	Michigan QIC Adult preventive services	University of Michigan Adult clinical preventive care	WHO post test counseling and retesting
Min - m	**Onderwerp en doel**					
1 - 7	Doel van richtlijn	3	3	3	4	6
1 - 7	Klinische vragen	1	3	3	2	6
1 - 7	Patiëntenpopulatie	3	4	4	5	3
Min - m	3 - 21	7	10	10	11	15
	Standaardomeinscore	22,22	38,89	38,89	44,44	66,67
Min - m	**Betrokkenheid van belanghebbenden**					
1 - 7	Leden uit alle relevante beroepsgroepen	3	1	1	3	1
1 - 7	Perspectief van patiënt	1	1	1	1	2
1 - 7	Beoogde gebruikers	3	1	1	3	6
Min - m	3 - 21	7	3	3	7	9
	Standaardomeinscore	22,22	0,00	0,00	22,22	33,33
Min - m	**Methodologie**					
1 - 7	Systematische methoden	1	1	1	3	4
1 - 7	criteria voor selectie behouden	1	1	1	4	3
1 - 7	Sterke punten en beperkingen	1	1	1	2	2
1 - 7	Methoden van opstelling	1	1	1	5	5
1 - 7	Gezondheidswinst, risico's	3	1	1	2	3
1 - 7	Expliciet verband materiaal/aanbeveling	1	4	4	5	3
1 - 7	Beoordeling door externe experts	1	1	1	3	6
1 - 7	Procedure voor herziening	1	1	1	1	2
Min - m	8 - 56	10	11	11	25	28
	Standaardomeinscore	4,17	6,25	6,25	35,42	41,67
Min - m	**Helderheid en presentatie**					
1 - 7	Aanbeveling specifiek en ondubbelzinnig	3	5	5	5	4
1 - 7	Beleidsopties	4	2	2	2	3
1 - 7	Kernaanbeveling herkenbaar	2	6	6	5	5
Min - m	3 - 21	9	13	13	12	12
	Standaardomeinscore	33,33	55,56	55,56	50,00	50,00
Min - m	**Toepassing**					
1 - 7	Bevorderende en belemmerende factoren	1	1	1	2	2
1 - 7	Hulpmiddelen	2	1	1	6	3
1 - 7	Kostenimplicaties	1	1	1	3	2
1 - 7	Criteria voor opvolging van toepassing	2	1	1	1	1
Min - m	4 - 28	6	4	4	12	8
	Standaardomeinscore	8,33	0,00	0,00	33,33	16,67
Min - m	**Onafhankelijkheid van opstellers**					
1 - 7	Geen invloed financiële belangen	4	1	1	5	1
1 - 7	Conflicterende belangen?	4	1	1	6	1
Min - m	2 - 14	8	2	2	11	2
	Standaardomeinscore	50,00	0,00	0,00	75,00	0,00

Bijlage 3: Gebruikte GRADE codering

Kwaliteit van de literatuur

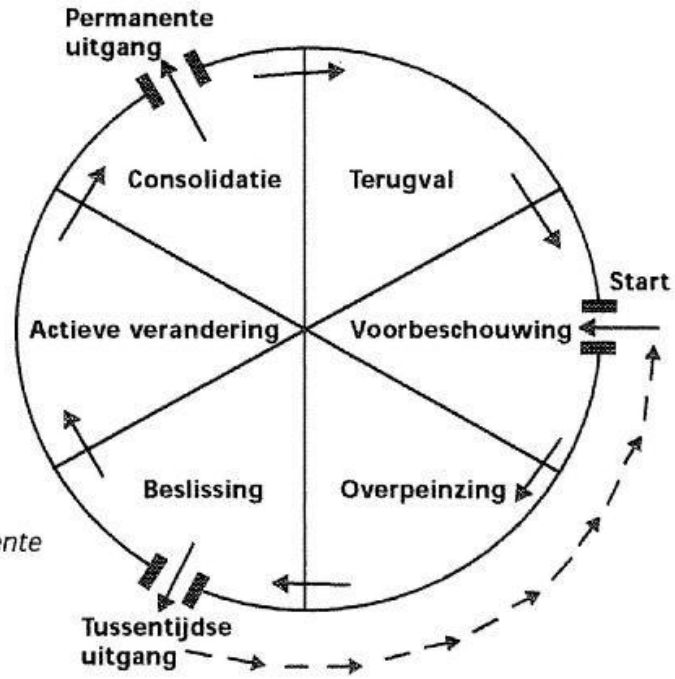
A Hoge kwaliteit
B Matige kwaliteit
C Lage Kwaliteit
D Zeer lage kwaliteit

Sterkte van de aanbeveling

1 Sterke aanbeveling voor de toepassing van de interventie.
Men kan er vrij zeker van zijn dat de voordelen van het toepassen van de interventie overwegen boven de nadelen ervan.

2 Zwakke aanbeveling voor de toepassing van de interventie
Er bestaat twijfel of de voordelen van het toepassen van de interventie overwegen boven de nadelen ervan of het verschil tussen voordelen en nadelen is klein.

Bijlage 4: Model van gedragsverandering volgens Prochaska en DiClemente



Het model van Prochaska en DiClemente

Geadapteerd uit: Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Prochaska, James O.; DiClemente, Carlo C. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, Vol 19(3), 1982, 276-288. doi: 10.1037/h0088437

Bijlage 5: Brief partnerverwittiging soa-screening

Geachte, datum:

U hebt mogelijk een contact gehad met een persoon waarbij een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) werd vastgesteld.

Deze persoon wenst anoniem te blijven, maar hij/zij wil u langs deze weg graag inlichten zodat ook u kunt getest en behandeld worden.

U neemt best contact op met uw huisarts of een arts naar keuze voor een volledige SOA-screening.

Waarom is dit zo belangrijk?

- Dit is voor uzelf belangrijk omdat pas wanneer een SOA gediagnosticeerd wordt, er gestart kan worden met de behandeling. Verlies dus geen tijd en maak zo snel mogelijk een afspraak.
- Dit is ook belangrijk voor uw partner(s), omdat u zo kunt verhinderen dat ook zij besmet worden.
- Indien bij u een SOA wordt vastgesteld, kan u op uw beurt uw contacten verwittigen zodat ook zij zich kunnen laten testen. Uw arts kan u daarbij helpen.
- SOA geven niet altijd onmiddellijk klachten, dus ook als u geen klachten heeft, is het belangrijk dat u zich laat onderzoeken.
- Het is belangrijk dat er een volledige SOA-screening gebeurt omdat per seksueel contact verschillende SOA samen kunnen overgedragen worden.

Heeft u vragen of wenst u meer informatie over SOA en "veilig vrijen"dan kan u steeds terecht bij uw (huis-)arts en op www.allesoverseks.be van Sensoa of hun algemene site www.sensoa.be.
Indien u nood heeft aan een gesprek, kan u terecht bij uw (huis-)arts, of anoniem bij de "veilig vrijenlijn" van Sensoa op tel. 078 15 15 15.

Deze informatie werd u met de beste bedoelingen bezorgd door:

(Facultatief)	Eventuele opmerkingen:

Wij vragen u uit respect voor de patiënt niet te informeren naar zijn/haar identiteit. Indien deze brief u door een arts werd bezorgd, weet dan dat deze het medisch geheim van zowel de patiënt(e) en als van u zal eerbiedigen.

Tips voor de arts:

- Een **volledige SOA-screening** is aangewezen; dit houdt o.a. in een onderzoek naar gonokokken, chlamydia, trichomonas, HPV, herpes, syfilis, hiv, hepatitis B en C...door middel van klinisch onderzoek, microbiologisch onderzoek en een bloedanalyse, evenals controles ervan na gepast interval
- Het gebruik van juiste wissers en ander afnamemateriaal is van belang: hiervoor kan u terecht bij uw labo
- Meer info vindt u op www.zorgengezondheid.be/infectieziekten.aspx en www.sensoa.be
- Overweeg ook **vaccinatie** tegen hepatitis A en B ifv het individuele risico-profiel van uw patiënt en in geselecteerde gevallen ook tegen HPV

opgesteld door ZG in overleg met SENSOA PRAAT OVER SEKS en het SOA-overleg Vlaanderen.