

Karen Smets

**Seksueel Overdraagbare Infecties
in de Huisartsenpraktijk**

Handleiding voor de moderator

Handleidingen voor Kwaliteitsbevordering

*Antwerpen
2015*

Domus Medica vzw

BELANGRIJK!

Het is niet de bedoeling dat dit programma schools wordt gevolgd. Het is wel de bedoeling dat de deelnemers een idee krijgen hoe ze aan kwaliteitsbevordering in hun praktijk kunnen doen. Peer-review onder collega's is hiertoe een ideale basis.

Veel succes!!

Dit document wordt beschreven als:

Smets K. <*Seksueel Overdraagbare Infecties in de Huisartsenpraktijk. Handleiding voor de moderator*> Antwerpen: Domus Medica, 2015 (Handleidingen voor Kwaliteitsbevordering).

INHOUD

1. DOEL	4
2. TAKEN VAN DE MODERATOR	5
A. Voorbereiding van de LOK-vergadering.....	5
B. Het programma zelf	6
ALGEMEEN	6
1. Voorbereiding voor de start van het programma	6
2. Tijdschema van het programma.....	6
3. Toelichting bij het programma.....	6
4. Casuïstiek.....	7
5. Conclusies en consensus	7
6. Evaluatie.....	7
3. CASUÏSTIEK.....	8
Casus 1: Shana, 22 jaar, vage last in de onderbuik en pijn bij het plassen sinds een week	
Casus 2: Joseph, een Congolese man van 28 jaar, komt op raadpleging voor een	
“algemene check-up”	13
Casus 3: Carine, 42 jaar, gescheiden sinds een drietal jaren en kinderloos, komt voor een	
uitstrijkje	14
Casus 4: Marc, een homoseksuele man van 38 jaar, is sinds 2 jaar samen met Ivan die HIV	
positief is. Gisteren bij het vrijen is het condoom gescheurd.	16
4. DIA'S	18
5. OVERZICHT VAN DE BIJLAGEN	18
6. LITERATUUR.....	18
Bijlage 1 Uitnodiging voor de LOK-vergadering	19
Bijlage 2 Verwijsadressen	20
Bijlage 3 Brief partnernotificatie.....	24
Bijlage 4 Advies correct condoomgebruik.....	26
Bijlage 5 Wat te doen igv een gescheurd of afgeleden condoom?	28
Bijlage 6a Evaluatieformulier voor de moderator	29
Bijlage 6b Evaluatieformulier voor de deelnemers	30

1. DOEL

Het doel van deze vergadering is d.m.v. casussen meer vertrouwd te geraken met de problematiek gerelateerd aan seksueel overdraagbare infecties (SOI) zoals deze zich kunnen presenteren in de huisartsenpraktijk. Wanneer artsen meer vertrouwd zijn met het onderwerp, werkt dit mogelijk drempelverlagend om het thema aan te snijden tijdens het consult.

Met dit LOK-pakket worden volgende leerdoelen beoogd:

- de meest voorkomende SOI in België kennen, weten wanneer en hoe hierop gescreend kan worden, weten hoe deze behandeld worden
- weten wat een SOI-anamnese inhoudt
- weten waarom jongvolwassenen, homomannen en mensen afkomstig uit subsaharaans Afrika in deze context bijzondere aandacht krijgen
- weten wat “PEP” betekent en wanneer dit van belang is
- de inhoud kennen van een advies “veilig vrijen”, de eigen barrières kennen om dit advies te geven en weten hoe deze te slopen
- weten waar extra informatie te vinden over SOI, weten naar wie te verwijzen

SOI die in dit LOK-pakket ter sprake komen zijn: Chlamydia, gonorrhoe, HIV, HBV, HCV, syfilis. SOI zoals Herpes genitalis, HPV- gerelateerde SOI (Condylomata accuminata en cervixkanker), Trichomonas, schurft, Lymfogranuloma venereum en Donovanosis komen niet aan bod.

Domus Medica probeert op deze manier bij te dragen aan kwaliteitsbevordering op vlak van SOI in de huisartsenpraktijk. Deze LOK-module is echter geen compleet bijscholingspakket omtrent alles wat het beleid betreffende SOI in de huisartsenpraktijk omvat. Daarvoor is de beschikbare tijd te kort. Domus Medica stelt daarom een uitgebreider SOI-werkmodel ter beschikking, dat je kan gebruiken als naslagwerk. In de toekomst zal Domus Medica extra LOK-pakketten voorzien, met telkens een beperkter, aan seksuele gezondheid gerelateerd onderwerp.

2. TAKEN VAN DE MODERATOR

A. Voorbereiding van de LOK-vergadering

- De moderator is iemand van de LOK-groep. Van hem/haar wordt verwacht dat hij/zij het programma leidt. Hij¹ bewaakt de timing en het verloop van de discussies.
- Verderop vindt u teksten waaruit de moderator kan putten.

Praktische aspecten

- Het programma is geschikt voor een groep van max. 20 deelnemers.
- De duur van het programma is ongeveer 2 uren. Naarmate de groep groter wordt, duurt het programma langer.
- Zorg voor een beamer voor de powerpointpresentatie in bijlage.
- Een flip-over of een bord is handig voor het noteren van de antwoorden.
- Voorzie blanco papier en balpennen zodat uw deelnemers een en ander kunnen noteren.
- Stuur per mail vooraf een uitnodiging aan alle deelnemers (zie BIJLAGE 1).
- Omdat wij dit programma goed willen afstemmen op de gebruikers, is het noodzakelijk dat zowel moderator als deelnemers het evaluatieformulier invullen. Deze formulieren vindt u in BIJLAGE 5a en BIJLAGE 5b. Kopieer BIJLAGE 5b naargelang het aantal deelnemers dat u verwacht.

¹ "Hij" kan overal vervangen worden door "zij".

B. Het programma zelf

• ALGEMEEN

1. Voorbereiding voor de start van het programma

Installeren van beamer, projectiescherm, flip-chart, pen en papier klaarleggen, ...

2. Tijdschema van het programma

Hieronder vindt u een tijdschema van het ganse programma:

	Tijd	Verantwoordelijke	Forum	Inhoud
Inleiding	05'	moderator	plenum	Voorstelling van het programma
Oefenen met casussen	100'	moderator	plenum	Bespreking van de casussen plenair
Conclusies	10'	moderator	plenum	Algemene conclusies voor de praktijk
Evaluatie	5'	moderator	plenum	Evaluatieformulieren invullen

3. Toelichting bij het programma

De moderator start met het voorstellen van het programma. De moderator licht verder de doelen toe van het leerprogramma en stelt de indeling van de vergadering voor (dia 1 t.e.m. 11).

Voor meer informatie omtrent het gegeven cijfermateriaal in de inleiding, kan je zelf meer achtergrondinformatie vinden in de soa-rapporten van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV; <https://www.wiv-isp.be/>). Je kan tijdens de LOK-presentatie ook hiernaar verwijzen voor de LOK-leden die zich eventueel wat verder willen verdiepen.

Dia 11: het aantal SOI-diagnoses gesteld door de huisarts blijkt laag in vergelijking met andere beroepsgroepenⁱ. Let wel: deel uitmaken van het peilnetwerk van clinici is op vrijwillige basis, mogelijk ligt hier een deel van de verklaring. Je kan bijkomend aan de LOK-leden vragen wat volgens hen mogelijke redenen zouden kunnen zijn. In 2002 rapporteerden 200 Antwerpse huisartsen in een enquête volgende barrières om een vorm van SOI-anamnese af te nemen: taal (74%) en etnische verschillen (68%), gebrek aan opleiding (69%), gebrek aan tijd (60%), aanwezigheid van partner (89%) of moeder (94%), eerste contact met een patiënt (60%), angst om de patiënt te beschamen (30%) en een patiënt zonder genitale klachten (71%).ⁱⁱ

4. Casuïstiek

In andere LOK-pakketten wordt casuïstiek meestal eerst in kleine groepjes besproken en vervolgens plenair doorgenomen. Gezien dit LOK-pakket redelijk uitgebreid is, is er voor gekozen om hier de casussen rechtstreeks plenair te bespreken.

Elke casus wordt afzonderlijk voorgesteld (dia's 13 t.e.m. 57); de moderator zorgt ervoor dat de casusbesprekingen binnen de toegelaten tijd blijven.

De moderator waakt erover dat de plenumdiscussies gaan over de uitvoerbaarheid van de voorgestelde adviezen terzake.

5. Conclusies en consensus

De moderator overloopt de conclusies die haalbaar zijn voor de praktijk, op basis van de voorgaande discussies.

Stelt de moderator vast dat er belangrijke aanvullingen, opmerkingen, bedenkingen, weerstanden,...zijn geformuleerd door de LOK-leden, dan koppelt hij deze schriftelijk (per mail) terug aan Domus Medica.

6. Evaluatie

Uw mening over deze handleiding is voor ons belangrijk: op die manier kunnen we ingaan op eventuele wensen of opmerkingen, om zo het pakket nog te optimaliseren. Wij willen daarom aandringen op het invullen van de evaluatieformulieren, zowel door de moderator als door de deelnemers. U kunt deze formulieren terugsturen naar het secretariaat van de Domus Medica door middel van de bijgevoegde briefomslag (nb: indien handleiding via download vanaf Domus-website werd verkregen, dan is geen briefomslag beschikbaar. Toch willen we vragen voornamelijk de evaluaties per gewone post naar ons te verzenden).

3. CASUÏSTIEK

Dia 12 toont de overgang van inleiding naar casusbespreking.

CASUS 1: Shana 22 jaar (Dia 13 t.e.m. 32)

De eerste casus die plenair besproken wordt, is de casus van Shana, een jonge vrouw van 22 jaar die op consultatie komt o.w.v. vage last in de onderbuik en pijn bij het plassen sinds een week.

Dia 13, 14: De moderator leest de casus (dia 13) en bijhorende vraag (dia 14) aan de groep voor. De presentatie blijft staan op dia 14 om de groep eerst te laten “brainstormen” over mogelijke relevante vragen. De moderator noteert de vragen vanuit de groep op een flip-chart en bundelt deze per mogelijke diagnose. De bedoeling is een diagnostisch landschap op te stellen en de artsen mee te geven dat ook een SOI-problematiek in dit landschap thuishoort.

Dia 15: Als er geen vragen meer komen vanuit de groep, laat de moderator dia 15 zien. Deze geeft een voorstelling van het diagnostisch landschap alsook de antwoorden van Shana op de vragen. De antwoorden van Shana staan tussen haakjes.

Dia 16: De moderator leest de vragen aan de groep voor en laat de presentatie op dia 16 staan. Hij laat opnieuw de groep eerst zelf antwoorden formuleren en noteert deze (of laat ze noteren) op een flip-chart. Pas als er geen antwoorden meer komen uit de groep, toont hij de volgende dia.

Dia 17: De meest waarschijnlijke diagnoses op basis van de gepresenteerde klachten zijn een acute cystitis en/of vaginitis/vaginose en/ of een Chlamydia-infectie (op basis van klachten in combinatie met de leeftijd en het geslacht) en/ of eventueel ook een infectie met gonorrhoe.

Dia 18: Dia 18 toont de gerapporteerde leeftijds- en geslachtsspecifieke incidentie (/100 000 inw.) voor *Chlamydia* in België in 2014ⁱⁱⁱ. Hier is duidelijk op te zien dat een Chlamydia-infectie frequenter voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. De infectie komt het meest voor bij vrouwen tussen de 20 en de 24 jaar, maar ook nog in de leeftijdscategorieën 15- 19 jaar en 25- 29 jaar. Ook bij mannen zie je een gelijkaardige leeftijdsspecifieke tendens voor de leeftijdscategorie 20-24 j, behalve dat Chlamydia-infecties minder voorkomen in de leeftijdsgroep 15 tot 19j en méér in iets oudere leeftijdscategorieën.

Dia 19: Dia 19 toont de gerapporteerde leeftijds- en geslachtsspecifieke incidentie (/100 000 inw.) voor gonorrhoe in België in 2014ⁱ. Hierop is duidelijk te zien dat een gonokokken-infectie frequenter voorkomt bij mannen dan bij vrouwen, maar ook bij vrouwen in dezelfde leeftijdscategorieën als Chlamydia-infecties vaak voorkomen.

Dia 20: toont een belangrijke concluderende “take-home message”, nl dat het voor ieder van ons een automatisme moet worden om bij jongen mensen, zowel bij mannen als bij vrouwen, zeker in de leeftijdscategorie 15-35 jaar, bij dysurieklachten te testen op Chlamydia en gonorrhoe.

Gezien deze infecties frequent asymptomatisch^{iv,v} verlopen, wordt het aangeraden om in deze leeftijdscategorie regelmatig opportunistisch te screenen. (zie verder)

Dia 21 toont de onderdelen van het klinisch onderzoek en de vaststellingen tijdens het klinisch onderzoek bij Shana.

- Temperatuur: het nemen van de temperatuur is belangrijk omdat de aanwezigheid van temperatuursverhoging kan wijzen op een complicatie
- Abdominaal onderzoek: kan bijdragen aan differentiële diagnostiek alsook aanwijzingen geven voor de aanwezigheid van complicaties, zoals i.g.v. spierverset
- Inspectie genitaalstreek: dit is van belang omdat het je aanwijzingen kan geven over de aanwezigheid van (bijkomende) SOI, zoals de aanwezigheid van vesikels, ulcera, roodheid van de huid, kloven, ...
- Inwendig onderzoek, palpato per vaginam (PPV): indien het met je vingers op en neer bewegen van de cervix pijnlijk is, spreekt men van “slingerpijn”, dit kan wijzen op een Pelvic Inflammatory Disease (PID). Je voelt ook naar de adnexen, normalerwijze zijn deze niet palpabel. Is er een adnex of beide toch palpabel, dan kan de abdominale last mogelijk verklaard worden door een probleem voortkomende vanuit de adnexen (cyste, PID,...)

Dia 22: toont waarom je aanvullend technisch onderzoek uitvoert.

Dia 23: Dia 23 toont de technische onderzoeken die je bij deze casus uitvoert. Er wordt ook getoond welke niet of eventueel uitgevoerd worden. De bedoeling bij deze dia is voornamelijk meegeven aan de LOK-leden dat het aanbevolen is om te testen op Chlamydia en gonorrhoe, maar dat er mogelijk ook op andere SOI getest wordt en dat men hiervoor als arts best verder doorvraagt.

- Een zwangerschapstest (HCG bij voorkeur op ochtendurine) wordt niet uitgevoerd omdat het nog te vroeg is. Shana heeft 3 weken geleden haar menses gehad, moesten haar menses echter uitblijven is het zeker wel aangewezen om een test te doen, zeker ook omdat dit een effect kan hebben op de therapiekeuze.
- Een midstreamurinestaal wordt afgenomen om na te gaan of er bij Shana sprake is van een urineweginfectie. Voor meer informatie verwijzen we naar de richtlijn van Domus Medica “Cystitis bij de vrouw” (www.domusmedica.be).
- Een vaginale wisser om na te gaan of een banale vaginitis/ vaginose (zoals Candida-infectie of infectie met Gardnerella) kan eventueel afgenomen worden. Het is minder waarschijnlijk dat dit de oorzaak is van Shana haar klachten, gezien ze in de anamnese meldde geen last te hebben van abnormale fluor, jeuk of reuk en er bij inspectie ook niets bijzonders opviel. Eventueel kan je ook een wisser afnemen ter opsporing van Trichomonas, maar hiervoor doe je zelf best rechtstreeks microscopie, gezien deze flagellaat snel sterft en niet meer detecteerbaar is. Je kan de mogelijkheid van een Trichomonas-infectie in je achterhoofd houden, wanneer alle andere tests negatief waren of voor andere SOI reeds behandeld is en de klachten blijven. Voor meer informatie verwijzen we naar de richtlijn van Domus Medica “Vaginitis en vaginose”. (www.domusmedica.be).
- SOI-tests: zoals al hoger vermeld, had je op basis van anamnese, leeftijd en geslacht al een vermoeden van de mogelijke aanwezigheid van een SOI. Ook het klinisch onderzoek bracht geen elementen aan die aan een andere oorzaak zouden doen denken. Op dit punt weet je dus al dat je een test op Chlamydia en gonorrhoe gaat afnemen. Maar mogelijk zijn er ook redenen om daarnaast op andere SOI te testen. Om dit te weten, moet je eerst verder doorvragen. (De redenen waarom eerst nog verder doorgevraagd moet worden, staan nog eens apart vermeld op **Dia 24**)

Dia 25: Deze dia toont een opdeling in risico op SOI, op basis van de aanwezigheid van bepaalde risicofactoren.^{vi} Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen “zeer groot” en “groot” risico. “Zeer groot risico” betekent dat er een risico is op ernstigere, moeilijker te behandelen SOI, zoals HIV, hepatitis B. Ook zwangerschap brengen we onder in de categorie “zeer groot risico”. Niet dat zwanger zijn op zich een zeer groot risico inhoudt op SOI, maar indien er een

ernstige SOI aanwezig zou zijn, dan kan besmetting van het kind voorkomen worden. “Groot risico” betekent weinig kans op SOI zoals HIV, hepatitis maar wel op Chlamydia, gonorrhoe en eventueel syfilis. Ook het plannen van een abortus en een cervicale ingreep vallen in deze categorie, dit om PID door mogelijke aanwezigheid van Chlamydia en/of gonorrhoe op het moment van de ingreep, te voorkomen. Het onderscheid tussen beide categorieën is dus van belang om te weten of je een uitgebreide set aan testen gaat uitvoeren of eerder een beperkter aantal testen. Shana valt in de categorie “groot risico”.

Dia 26: Hier staat vermeld welke testen je best afneemt afhankelijk van de risico-categorie waarin de betreffende patiënt valt.^{iv}

“Zeer groot risico”: volledige set, nl testen op bloed op HIV, HBV, eventueel HCV en syfilis en stalen voor PCR-analyse (meer uitleg bij volgende dia’s) op Chlamydia en gonorrhoe. Testen op HCV dient zeker niet routinematig te gebeuren, maar bij risicovol seksueel gedrag in combinatie met voornamelijk intraveneus druggebruik of bij extreme vormen van seksueel gedrag waarbij er een grotere kans bestaat op scheurtjes van voornamelijk anaal slijmvlies, dient hieraan gedacht te worden. Doe ook een test op HCV bij mensen afkomstig uit HCV-endemische gebieden bij wie nog nooit een test werd gedaan of wiens partner afkomstig is uit een HCV-endemisch gebied en zich nooit eerder liet testen. Hetzelfde geldt voor personen (of hun partner) afkomstig uit HBV- en HIV-endemische gebieden. Wat betreft HIV, gaat het vooral om personen afkomstig uit subsaharaans Afrika (zie verder). Voor meer informatie omtrent beleid bij patiënten die vallen in de categorie “zeer groot risico”, kan je terecht bij organisaties vermeld in BIJLAGE 2. De moderator kan de bijlage via mail bezorgen aan de LOK-leden.

Om te screenen op syfilis^{iii,iv} neemt de huisarts bloed met een serumtube voor het bepalen van een treponemale test (bv. TPHA). Een positief, bevestigd resultaat wordt opgevolgd met niet-treponemale testen (VDRL en RPR). Screening op HBV^{iv,vii} gebeurt door bloedname voor het bepalen van HBsAg. Voor het bepalen van de immunusstatus pre-vaccinatie, bepaalt hij anti-HBs antistoffen. Verdere vragen in dit kader kunnen binnen het tijdsbestek van deze LOK echter niet behandeld worden. Hiervoor kan je verwijzen naar het SOI- werkmodel van Domus Medica. www.domusmedica.be

“Groot risico”: hier ligt de nadruk vooral op testen voor Chlamydia en gonorrhoe via staalafname(s) voor PCR-analyse (zie verder). Gezien de indeling tussen “zeer groot” en “groot” risico uiteraard niet exact is, kan syfilis ook voorkomen bij mensen met wisselende partners, maar in zogenaamde “seriële monogamie”. Dit is het hebben van (relatief kort) op elkaar volgende monogame relaties. Seriële monogamie is wellicht de belangrijkste oorzaak van chlamydia-infecties in de leeftijdsgroep 15-35 jaar, daar in opeenvolgende relaties het condoom wordt weggelaten zonder zich voorafgaand te laten testen op soi. Daarom verdient testen op syfilis ook in deze groep aandacht. Indien dus een test op syfilis nooit eerder gebeurde of indien het meerdere jaren geleden is, kan het zinvol zijn om hierop te testen. Bij Shana testen we op Chlamydia, gonorrhoe en syfilis.

Dia 27: Bedoeling hier is vooral meegeven aan de LOK-leden dat testen op Chlamydia en/of gonorrhoe niet beperkt blijft tot het afnemen van een urinestaal.^{iv,viii} De afnameplaats wordt bepaald door het seksueel gedrag, met name doet de patiënt aan orale seks en/of vaginale seks en/of anale seks? Dia 27 toont wat dit seksueel gedrag concreet betekent in geval van een vrouwelijke patiënt en wat het antwoord is van Shana op deze vragen naar seksueel gedrag.

De moderator verduidelijkt bij deze dia dat bovenstaande inhoudt dat het soms nodig is om op meerdere plaatsen tegelijk een staal af te nemen. De moderator geeft verder mee dat hierbij echter een probleem opduikt in verband met de terugbetaling van dergelijke testen, omdat de mutualiteit maximum 2 PCR-testen voor Chlamydia per jaar terugbetaalt en dit bij patiënten jonger dan 21 jaar of als er specifieke symptomen aanwezig zijn. Meer informatie kan je terugvinden op de site van het RIZIV onder “nomenclatuur”.

Kosten lopen dus op voor de patiënt indien je op meerdere plaatsen tegelijk zou testen. Daarom wordt geadviseerd om bij patiënten met klachten, de staalafname te beperken tot

die plaats waar de klachten aanwezig zijn. Dit is dan meestal ter hoogte van vagina of penis, maar houd ook de mogelijkheid van een SOI zoals gonorrhoe of Chlamydia in je achterhoofd bij aanslepende keelpijn of pijn en ontsteking anaal!

Het wordt lastiger als je in kader van een preventief consult, seksueel gedrag zou bevragen en deze persoon inderdaad een risico loopt op een SOI en b.v. zowel aan onbeschermd orale, als vaginale als anale seks doet. In principe dien je dan op 3 plaatsen een staal af te nemen, maar wat betreft terugbetaling geeft dit problemen. Momenteel zijn onderhandelingen met de overheid lopende, om deze regel van slechts 1 test per jaar aan te passen. Overleg in ieder geval met het labo waarmee je samenwerkt welk afname materiaal je best gebruikt voor welke afnameplaats, dit kan verschillen van labo tot labo.

Testen op gonorrhoe kan ook door middel van kweken van het etterige verlies uit penis of vulva, wat het voordeel oplevert om het resistentiepatroon te kennen van de verantwoordelijke gonokok. Een kweek is echter veel minder sensitief, maar uiteraard wel zeer specifiek.ⁱⁱⁱ

Testen voor een SOI tgv Chlamydia trachomatis gebeurt niet via serologie^{ix}. Omdat:

- Ig M antistoffen traag verschijnen en snel weer verdwijnen na besmetting
- Ig G antistoffen traag verschijnen, Ig G antistoffen niet specifiek zijn voor een Chlamydia trachomatis infectie maar ook ten gevolge van een infectie van andere Chlamydia species verhoogd kunnen zijn en bovendien tot jaren na een infectie aanwezig kunnen blijven.

Dia 28: Aan de hand van deze dia legt de moderator de mogelijkheden van staalafname uit bij een vrouw die onbeschermd vaginale of orale (zelf gelikt worden) seks gehad heeft.ⁱⁱ De voorkeur gaat uit naar een afname ter hoogte van de cervix. Redenen hiervoor: het wordt door een arts uitgevoerd, dus de kans op correcte staalafname is groter, bovendien geeft het de mogelijkheid om ook de vaginawanden inwendig te beoordelen op de aanwezigheid van letsels en in geval van een preventief consult (dus indien er geen klachten aanwezig zijn) voor afname van een uitstrijkje, kan een screeningstest op Chlamydia/ gonorrhoe hiermee gecombineerd worden.

Iets minder sensitief dan cervicale afname, maar toch nog sensitiever dan PCR-analyse op eerstestraalsurine, is vaginale afname. De voordelen hiervan is dat inbrengen van een speculum hiervoor niet nodig is en dat bij schroom voor onderzoek door een arts, de patiënte de staalafname zelf kan doen op het toilet in de praktijk. De wisser voor PCR-analyse wordt dan in de vagina ingebracht en enkele malen rondgedraaid.

De minst sensitieve manier van afname is via eerstestraalsurine. Maar voor patiënten die niet te vinden zijn voor een van beide voorgaande methoden, is deze methode een alternatief. Het nadeel is dat de patiënt minimum 2 uur voordien niet geplast mag hebben, wat in de praktijk, als de persoon op consultatie komt, meestal niet het geval is. Je kan de patiënt dan eventueel het staal later, na 2 uur niet geurineerd te hebben, laten terugbrengen ofwel hem/ haar vragen een eerstestraals ochtendurine binnen te brengen. Denk er wel aan bij interpretatie van de resultaten, dat een urinetest minder sensitief is en dus een mogelijke Chlamydia-infectie kan missen. Bij aanwezigheid van suggestieve klachten voor een Chlamydia-infectie zonder een positieve PCR op urine, ga je daarom toch best behandelen.

Dia 29: Aan de hand van deze dia vertelt de moderator voor welke afnamemethode er bij Shana gekozen werd. Deze methode is niet de enige juiste keuze, ook andere afnamemethodes zijn mogelijk. Enkel eerstestraalsurine zou iets omslachtiger zijn, omdat Shana al een midstreamurinestaal moet afleveren en anders zou je haar 2 recipiënten moeten meegeven, één voor de opvang van de eerste urine en een tweede voor de opvang van de midstream. Het is praktisch doenbaar, maar wel omslachtig.

Dia 30: De moderator leest het vervolg van de casus van Shana voor alsook de bijhorende vragen. Hij laat eerst de LOK-leden antwoorden vooraleer verder te gaan met de presentatie. Hij kan de gegeven antwoorden eventueel (laten) noteren op een flip-chart.

Dia 31: De diagnose bij Shana is een ongecompliceerde Chlamydia-infectie. Ongecompliceerd omdat er geen koorts is, geen slingerpijn. Bij Shana is het onderscheid tussen gecompliceerde en ongecompliceerde infectie klinisch reeds duidelijk, bij twijfel zou je inflammatoire parameters in het bloed kunnen bepalen.

Dia 31 toont de behandeling van een ongecompliceerde Chlamydia-infectie. De behandeling van een gecompliceerde infectie is breder.^x Zowel de persoon in kwestie als diens partner(s) moeten behandeld worden. De moderator kan hier peilen naar ervaringen, weerstanden bij de LOK-leden i.v.m. het verwittigen van de partner(s). Welke mogelijke oplossingen worden voorgesteld in de groep? (Eventueel te noteren op een flip-chart). BIJLAGE 3 is een brief die gebruikt kan worden om de partner(s) in te lichten.

Volledigheidshalve wordt vermeld dat een anale Chlamydia-infectie anders wordt behandeld dan een infectie elders.

Dia 32: De moderator overloopt aan de hand van dia 32 welke bijkomende adviezen gegeven dienen te worden. Deze zijn:

- Onthouding of condoomgebruik tot 7 dagen^{viii} na inname van de medicatie. Indien de partners de medicatie niet gelijktijdig innemen, moet er gewacht worden met betrekkingen tot 7 dagen na het moment waarop de laatste persoon de medicatie innam.
- Informatie over correct condoomgebruik (zie BIJLAGEN 4 en 5). Hiervoor kunnen eventueel deze bijlagen als folder meegegeven worden.
- Navragen bij Shana waarom het niet lukte de anticonceptie consequent te gebruiken en samen zoeken naar een oplossing.
- Controle van genezing is niet nodig^{iv,viii}, maar geef Shana wel de boodschap mee dat indien zij in de toekomst nieuwe partners zou hebben waarmee ze onbeschermd contacten zou hebben, zij zich best opnieuw laat testen.

CASUS 2: Joseph, 28 jaar (Dia 33 t.e.m. 44)

Dia 33 en 34: De moderator leest de casus van Joseph, een Congolese man van 28 jaar aan de groep voor alsook de bijhorende vragen. Hij laat eerst de groep antwoorden vooraleer met de presentatie verder te gaan (flip-chart).

Dia 35: Als de groep geantwoord heeft, laat de moderator dia 25 zien. Doel van deze dia is de LOK-leden alert te maken op SOI-screening bij bepaalde doelgroepen, met name migranten afkomstig uit landen ten zuiden van de Sahara omwille van het frequenter voorkomen van infecties met HIV, HBV en HCV. De SOI-screening gebeurt hier louter op basis van herkomst en niet op basis van seksueel gedrag.

Dia's 36, 37 en 38 tonen de wereldwijde spreiding van respectievelijk HIV (2013), HBV (2012) en HCV (2011).

Dia 39: Naast SOI-screening omwille van afkomst, vraag je bij Joseph best ook verder naar seksueel gedrag. Hij komt immers bij jou op raadpleging met de vraag een "uitgebreide check-up" te laten uitvoeren. Vraag hem wat hij hiermee juist bedoelt, meestal zit hierachter een vraag naar een HIV-test verscholen. Zo weet je of ook testen op syfilis, Chlamydia en gonorrhoe nodig zijn.

Dia 40: De moderator leest het vervolg van de casus van Joseph voor met de bijhorende vraag. Hij verzamelt eerst antwoorden uit de groep (flip-chart) alvorens de volgende dia te tonen.

Dia 41: Het is duidelijk dat Joseph valt in de categorie van "zeer groot risico", dit niet alleen omwille van zijn afkomst maar ook door zijn hoog risicovol seksueel gedrag. Je gaat dus Joseph op alle SOI testen.

Dia 42: De moderator leest het vervolg van de casus voor en de bijhorende vraag. Hij wacht tot alle antwoorden gegeven zijn alvorens verder te gaan met de volgende dia.

Dia 43: De hoeksteen van de behandeling van Syfilis is de intramusculaire toediening van benzathine benzylpenicilline 2,4 milj IE (Penadur®). Het aantal toe te dienen injecties hangt af van het stadium waarin de patiënt zich bevindt. Bespreking van de stadia van syfilis ligt buiten het bestek van deze LOK-vergadering.

De toediening gebeurt best in de bilspier, omdat het om een behoorlijke hoeveelheid vloeistof gaat die toegediend moet worden. De injectie is vrij pijnlijk. Enig soelaas kan geboden worden door de patiënt een uur op voorhand Emla®-crème te laten aanbrengen of na optrekken van de penicilline-vloeistof nog ongeveer 1cc lidocaine bij op te trekken en deze dus via 1 spuit samen met het antibioticum in 1 keer toe te dienen.

Dia 44: toont de behandeling van een gonokokken-infectie. De boodschap is hier vooral dat behandelen met ciproxine uit den boze is, gezien de ernstige resistentieproblematiek^{i,x}. De behandeling is hier intramusculaire toediening van ceftriaxone 500mg (Rocephine®) gecombineerd met 2g azitromycine omwille van de frequente asymptomatische co-infectie met Chlamydia trachomatis en de hardnekkige resistentie van gonokokken.

CASUS 3: Carine, 42 jaar (Dia 45 t.e.m. 49)

Dia 45, 46: De moderator leest de casus aan de groep voor en de bijhorende vraag op dia 46. De presentatie blijft staan op dia 46 om de LOK-leden de kans te geven om hierover na te denken en te antwoorden (De moderator noteert de antwoorden op de flip-chart). Pas als er geen antwoorden meer komen, laat de moderator dia 47 zien.

Dia 47: De bedoeling van deze casus is om de LOK-leden mee te geven dat een gesprek over seksuele gezondheid (risico op SOI, seksueel gedrag, anticonceptie, seksueel (dys)functioneren,...) niet uitsluitend in geval van klachten gevoerd kan worden, maar ook perfect past in een preventief consult en dus eveneens in het richtlijnenkader van het GMD+. Dit heet opportunistische screening: screening naar bepaalde ziekten tijdens een consult waarbij de patiënt om een andere consultatieredenen dan screening, bij jou op raadpleging komt.

Patiënten voelen héél vaak een zekere schroom om dit onderwerp met hun huisarts te bespreken. Ook de huisartsen zelf vinden het vaak moeilijk om het thema aan te snijden. Het koppelen aan een preventief consult, kan de drempel hiervoor verlagen omdat het duidelijk gekaderd kan worden.

Bij een vrouw kunnen volgende consultatieredenen gelegenheden zijn om seksuele gezondheid (in dit lok-pakket ligt de focus op seksueel risicogedrag en SOI) te bespreken:

- het afnemen van een uitstrijkje voor cervixkanker;
- een anticonceptievoorschrift;
- in kader van een pre-conceptieconsult of consult in kader van een zwangerschap.

Blijkt uit je bevraging van het seksueel gedrag, dat de vrouw in kwestie een “groot” of “zeer groot” risico (zie hoger) loopt op een SOI en er in het voorbije jaar geen screening naar SOI gebeurde, kan binnen het zelfde consult of op een later moment, gescreend worden naar SOI. Idealiter gebeurt testen op Chlamydia en gonorrhoe nog binnen hetzelfde preventief consult, om de kans op screening van deze frequent voorkomende (Chlamydia méér dan gonorrhoe) infecties, niet te missen.

Dia 48: Vervolgens leest de moderator de volgende vraag voor en geeft de groep de tijd om antwoorden te geven. (De moderator noteert de antwoorden op de flip-chart). Pas als er geen antwoorden meer komen, gaat de presentatie verder met dia 49.

Dia 49: Dia 49 toont de antwoorden. De moderator leest deze voor en geeft meer uitleg. De bedoeling van de SOI-bevraging is om bij de persoon in kwestie na te gaan of hij/zij een “groot” of “zeer groot” risico (zie hoger) loopt op SOI en er dus screening moet aangeboden worden. Blijkt er inderdaad nood te zijn aan screening, dan dient men nog verder door te vragen naar gedrag zoals orale/ vaginale/ anale seks om de locatie voor staafafname(s) te kennen (zie hoger).

- Geaardheid: mannen die seks hebben met mannen (MSM) (homomannen en biseksuele mannen) hebben een hoger risico. In deze casus dus niet van toepassing.
- Aantal partners in de voorbije 6 maanden: indien ≥ 2 sekspartners, valt de persoon in kwestie in de categorie “zeer groot” risico en zou dus een uitgebreidere screening aangeboden dienen te worden.
- Nieuwe partner in het voorbije half jaar? Indien ja, dan gebeurt er best een screening op gonorrhoe en Chlamydia.
- Voorgeschiedenis van een SOI: bij personen die in de voorgeschiedenis een SOI opliepen, vraag je best verder door.
 - Om welke SOI ging het en hoe lang geleden liep hij deze op?
 - Is deze behandeld?
 - Indien de patiënt de gekregen behandeling nog weet, was deze adequaat?
 - Is (zijn) de partner(s) behandeld geweest?

- Huidige klachten die mogelijk wijzen op een SOI?
 - Abnormale afscheiding uit penis, vagina, anus
 - Ulcus (ulcera) thv penis, vagina, anus, mond
 - Wratjes thv penis, vagina, anus

Als er op basis van de kliniek een vermoeden is van Herpes genitalis of genitale wratten, dan bied je best ook een screening op Chlamydia en gonorrhoe aan en beperk je je niet alleen tot louter de behandeling van Herpes genitalis of genitale wratten.

- Is de persoon in kwestie afkomstig uit subsaharaans Afrika of is de partner hiervan afkomstig en gebeurde er nog nooit een screening op HIV, dan bied je deze aan zowel voor de patiënt als diens partner.
- Ook navraag doen over gebruik van intraveneuze drugs past in deze anamnese, gezien het risico op HCV wat ook mogelijk via seksueel contact doorgegeven kan worden.
- In een SOI-anamnese heeft ook de bevraging van anticonceptiegebruik een plaats. De bespreking van anticonceptiemethoden valt buiten het bestek van dit LOK-pakket.
- Tenslotte mag ook geïnformeerd worden naar het (dys)functioneren op seksueel vlak.

Casus 4, Marc 38 jaar (Dia 50 t.e.m. 57)

Dia 50, 51: de moderator leest de casus aan de groep voor en de bijhorende vraag op dia 51.

Dia 52: De bedoeling van deze casus is dat artsen het bestaan van “postexposure profylaxe” kennen. “Postexposure profylaxe” is een combinatie van antiretrovirale middelen die gedurende een maand genomen dient te worden. Deze profylaxe wordt enkel gegeven wanneer men zéker weet dat de persoon blootgesteld geweest is aan HIV, omdat er ernstige nevenwerkingen kunnen optreden. Deze therapie dient binnen de 72 uur na de blootstelling gestart te worden. Hiervoor neem je als arts contact op met één van de Aidsreferentiecentra in België (zie BIJLAGE 2).

Indien er ook post-exposure profylaxe gegeven dient te worden tegen HBV omdat de HIV-positieve partner bv ook chronisch drager is van HBV, dan gebeurt dit meestal door vaccinatie. Best overleg je met het ARC, omdat in sommige gevallen ook immunoglobulines worden toegediend. In het geval dat de HIV-positieve partner geen besmettingsbron is van HBV, is het anderzijds wel aangeraden om dit consult aan te grijpen om hem ook te vaccineren tegen HBV moest dit nog niet gebeurd zijn. Homoseksuele mannen lopen immers een groter risico op besmetting met HBV, dus is het voor Marc aangeraden om hiertegen ook beschermd te zijn in eventuele volgende seksuele relaties. Geadviseerd wordt om een combinatievaccin HAV-HBV toe te dienen, omdat ook HAV-besmetting bij homoseksuele mannen frequenter optreedt, via faeco-orale overdracht. Een besmetting met HAV heeft weliswaar minder potentieel gevaarlijke consequenties (evolutie naar chronisch dragerschap en op termijn mogelijke ontwikkeling van levercirrose en kanker), maar meestal is het ziekteverloop zelf vrij ernstig (hoge koorts, persoon is icterisch, braken, diarree, pijnlijke rechter hypochonder, ...).

Tenslotte geef je als arts ook best een advies over veilig vrijen. Dia 53 en 54 gaan hier verder op in. De inhoud is gebaseerd op de adviezen geformuleerd in “De leidraad voor medische consultaties bij sekswerkers”, in maart 2014 uitgebracht door de organisaties Ghapro vzw en Pasop vzw.

Dia 53, 54: De moderator leest de vragen op dia 53 aan de groep voor. De bedoeling hier is om met de groep hierbij stil te staan en van elkaar te horen dat het normaal is om bij het geven van dit soort advies wel wat weerstand of schroom te voelen. Toch is het onze taak als arts om de patiënt hierin te adviseren, omdat veel leed met correct condoomgebruik voorkomen kan worden. Als er niet direct respons komt vanuit de groep, kan de moderator proberen de discussie op gang te trekken door b.v. te vragen wie al in de praktijk advies over veilig vrijen geeft, hoe deze arts dit ervaart, wat gaat hierbij goed en wat minder,....Is er niemand die reeds advies geeft, dan kan de moderator vragen naar barrières om dit te doen. Deze kunnen zijn: schroom, onvoldoende kennis, angst dat patiënt hierop boos reageert, tijdsgedbrek,....Vraag vervolgens naar mogelijke oplossingen om deze barrières te overwinnen. Wanneer er geen antwoorden meer komen uit de groep, toont de moderator dia 54. Deze benadrukt dat schroom voelen normaal is, maar dat het toch onze taak is. Om eventuele barrières te overwinnen: kan je als arts eerst “toestemming vragen” aan de patiënt om hierover te mogen spreken (b.v. “is het oké voor jou als ik je advies geef over hoe condooms correct te gebruiken?”), kan je gebruik maken van geschreven of geïllustreerde informatie om mee te geven (zie BIJLAGEN 4 en 5), verwijzen naar een website zoals www.seksualiteit.be of www.mannenseks.be, ...

Vooraleer over te gaan naar de volgende dia's (**dia 55, 56 en 57:** deze tonen de inhoud van een advies “veilig vrijen” in deze casus) probeert de moderator de leden van de LOK-groep zelf elementen van een advies “veilig vrijen” te noemen. Stelt hij vast dat dit moeilijk op gang komt omdat er b.v. teveel schroom heerst, dan overloopt hij zelf deze dia's.

Dia 55:

- Raad het gebruik van condooms aan met een CE-label (b.v. Durex,...). Er bestaan condooms specifiek voor anale seks, deze zijn iets dikker dan “de klassieke”. Voor mensen die zoveel mogelijk veiligheid wensen en iets willen inboeten aan gevoel, zijn deze aangewezen. De “klassieke” condooms zijn echter ook sterk genoeg voor anale seks.
- Glijmiddel: voor anale seks dient voldoende glijmiddel gebruikt te worden. Daarnaast is het uiteraard ook van belang dat het juiste glijmiddel gebruikt wordt, dit zijn glijmiddelen op waterbasis of siliconenbasis. Speeksel of vaseline zijn absoluut verboden als glijmiddel! Speeksel omdat dit onvoldoende lubrificatievermogen heeft en dus een groot risico inhoudt op scheuren van het condoom. Vaseline omdat hierin olie verwerkt zit en de latex van het condoom oplost in olie. Opnieuw kan dit aanleiding geven tot scheuren van het condoom. Hetzelfde risico bestaat bij manipulatie van een condoom na massage-olie of bodylotion gebruikt te hebben. Steeds te handen wassen dus na gebruik van massage-olie of bodylotion, vooraleer een condoom te gebruiken.

Dia 56: Een condoom dient juist gebruikt te worden (eventueel kan voor demonstratie een kunstpenis gebruikt worden voor de artsen die hierbij geen weerstand voelen om dit te doen):

- Een condoom dient onmiddellijk bij de eerste penetratie aangedaan te worden.
- Deze moet volledig en in de juiste richting afgerold worden.
- Bij het afrollen van het condoom dient de tip tussen duim en wijsvinger dichtgeknepen te worden.
- Het condoom dient onmiddellijk na ejaculatie uitgedaan en dichtgeknoopt te worden. Doet men dit niet, kan door verslapping van de penis sperma gaan lekken. Men trekt zich voorzichtig terug, waarbij men het condoom aan de basis van de penis tegenhoudt om afglijden bij terugtrekken te voorkomen.
- Wil men in dezelfde “vrijbeurt” opnieuw penetreren, dan dient een nieuw condoom gebruikt te worden.
- Nooit mogen er 2 condooms over elkaar gebruikt worden, dit is zelfs heel onveilig. Dit komt omdat beide condooms door frictie tegen elkaar, kunnen gaan scheuren.

Dia 57 toont wat te doen in het geval dat een condoom gescheurd is of afgeschoven waarbij er sperma gelekt is en in de anus achtergebleven:

- Men gaat best naar het toilet om door het valsalm manoeuvre zoveel mogelijk achtergebleven sperma naar buiten te persen.
- Hiervoor mag men absoluut geen hulpmiddelen gebruiken omdat door inbrengen van vingers (nagels!), scherpe voorwerpen, douchekoppen, spoelflessen, bijtende spoelmiddelen,...scheurtjes in het anaal slijmvlies veroorzaakt kunnen worden en dus hierdoor de kans op besmetting groter is.
- Vervolgens spoelt men in de douche het eventueel nog aan de buitenzijde klevende sperma met water en zeep weg.
- Gebruik geen bijtende producten zoals bleekwater, Dettol®, ...
- Contacteer een arts zo snel mogelijk en zeker binnen de 72 uur.

Dia 58: toont de overgang naar de samenvatting en de besluiten van dit LOK-pakket.

Dia 59 t.e.m. 63: tonen de besluiten uit dit LOK-pakket. De moderator overloopt deze dia's.

Dia 64: toont interessante links.

[Typ hier]

Dia 65: toont de overgang naar “opmerkingen en vragen”.

Dia 66: de moderator laat dia 66 zien en vraagt aan de groep of er nog vragen of opmerkingen zijn. De moderator noteert deze en koppelt die terug naar Domus Medica.

Dia 67: toont de overgang naar de “evaluatie”.

Dia 68: de moderator toont deze dia en vraagt op dit moment de evaluatieformulieren, die hij op voorhand in voldoende aantal heeft afgedrukt, in te vullen en aan hem terug te bezorgen. De moderator bezorgt op zijn beurt, deze formulieren, alsook het formulier “evaluatie voor de moderator” dat hij zelf invult, terug aan Domus Medica.

Dia 69: einde!

4. DIA'S

Zie begeleidende powerpoint-presentatie.

Om deze te kunnen openen heeft u een pdf-lezer (vb. Acrobat Reader) nodig. Na het openen van het programma kiest u “Beeld”, daarna “Volledig scherm”.

Om terug tot het gewone scherm te komen, na het beëindigen van de presentatie, drukt u op “Esc”, de knop links boven op uw klavier.

5. OVERZICHT VAN DE BIJLAGEN

Bijlage 1	Uitnodiging voor de LOK-vergadering
Bijlage 2	Verwijsadressen
Bijlage 4	Advies over correct condoomgebruik
Bijlage 5	Wat te doen bij een gescheurd of afgegleden condoom?
Bijlage 6a	Evaluatieformulier voor de moderator
Bijlage 6b	Evaluatieformulier voor de deelnemers

6. LITERATUUR

Zie eindnoten achteraan dit document.

Uitnodiging LOK-vergadering

Beste LOK-collega's,

Hierbij wil ik u uitnodigen op <datum>, voor onze volgende LOK-vergadering over:

Seksueel Overdraagbare Infecties in de Huisartsenpraktijk Casuïstiek

Het doel van deze vergadering is kwaliteitsbevordering voor huisartsen in het gebied van seksueel overdraagbare infecties, d.m.v. interactieve bespreking van enkele typische casussen.

Op het einde van deze LOK-vergadering

- ken je de meest voorkomende SOI in België, weet je wanneer en hoe hierop gescreend kan worden, weet je hoe deze behandeld worden;
- weet je wat een SOI-anamnese inhoudt;
- weet je waarom jongvolwassenen, homomannen en mensen afkomstig uit subsaharaans Afrika in deze context bijzondere aandacht krijgen;
- weet je wat "PEP" betekent en wanneer dit van belang is;
- ken je de inhoud van een advies "veilig vrijen", ken je de eigen barrières om dit advies te geven en weet je hoe deze te slopen;
- weet je waar extra informatie te vinden over SOI, weet je naar wie te verwijzen.

Moderator: <naam moderator>

Je bent van harte welkom.

Afspraak te <plaats vergadering>.

Start: <uur>.

Tot dan,

<naam LOK-verantwoordelijke>

VERWIJSDRESSEN

Regio Antwerpen

- **Helpcenter** www.helpcenteritg.be
Helpcenter biedt laagdrempelige raadplegingen aan rond seksuele gezondheidszorg voor kwetsbare bevolkingsgroepen en mensen die een verhoogd risico hebben om HIV of andere SOI op te lopen.
Kronenburgstraat 43
2000 Antwerpen
Tel: 03 216 02 88
Fax: 03 216 08 65
helpcenter@itg.be
- **Aids Referentie Centrum Antwerpen**
ITG Instituut voor Tropische Geneeskunde
Nationalestraat 155, 2000 Antwerpen
03 247 66 66
www.itg.be
- **Sensoa Positief** www.levenmethiv.be/hulp/sensoa-positief
Franklin Rooseveltplaats 12 bus 7 (5e verdieping)
2060 Antwerpen
Tel.: 078-151.100, van maandag tot donderdag van 13 tot 16 uur
positief@sensoa.be
- **Ghapro vzw** www.ghapro.be
Ghapro, of voluit "Gezondheidszorg en hulpverlening aan prostituees", verleent gratis en anoniem hulp aan vrouwen en mannen die werkzaam zijn in de prostitutie in de provincie Antwerpen en Vlaams Brabant.
Verversrui 3
2000 Antwerpen
Tel: 03 293 95 91
Fax: 03 294 33 70
info@ghapro.be
- **Boysproject** www.boysproject.be
Boysproject is een sociale organisatie voor mannelijke en transgender sekswerkers (payboys, masseurs, gigolo's, M\$M, shemales,...). Boysproject is een deelwerking van CAW Antwerpen.
Boysproject
Appelmansstraat 12 bus1 (glazen deur, trap op)
2018 Antwerpen
Tel.: 03 293 95 90
Fax: 03 293 97 07
Voor sekswerkers: info@boysproject.be
Voor anderen: boysproject@cawantwerpen.be

Regio Brussel

- **Aids Referentie Centrum Brussel, UCL**
Universitair Ziekenhuis Saint-Luc
Hippocrateslaan 10
1200 Brussel
Tel. : 02/764 19 02
- **Aids Referentie Centrum Brussel, UMC (ELISA-centrum)**
Universitair Medisch Centrum Sint-Pietersziekenhuis
Campus César De Paepe
- **Cellebroersstraat 11-13 te 1000 Brussel**
Tel. : 02/506 71 11
Fax : 02/535 40 06
- **Aids Referentie Centrum Brussel, VUB**
Universitair Ziekenhuis Brussel
Laarbeeklaan 101
1090 Brussel
Tel. : 02/477 60 01
- **Aids Referentie Centrum Brussel, Erasmus**
Erasmus Ziekenhuis Brussel
Lenniksesteenweg 808
1070 Brussel
Tel. : 02/555 45 36
- **S- Clinic UMC Sint-Pieter**
(kliniek voor seksueel overdraagbare aandoeningen)
Campus César De Paepe
Cellebroersstraat 11
1000 Brussel
Tel.: 02/535 37 32
- **Alias vzw www.alias-bru.be**
(mannenprostitutie)
Kolenmarkt 33
1000 Brussel
info@alias-bru.be
- **Espace P www.espacep.be**
(prostitutie, mannen en vrouwen)
116, rue des Plantes
1030 Bruxelles
Tél. : 02/219 98 74
Fax : 02/217 02 15
espacebxl@hotmail.com
- **Entre 2 www.entre2.org**
(hulp aan prostituées, ex-prostituées en allen die van ver of dichtbij betrokken zijn)
Boulevard d'Anvers, 20
B-1000 Bruxelles
Tel.: 02/217 84 72
Fax : 02/217 60 16

Regio Limburg

- **Vzw Pasop** <http://users.skynet.be/pasop/>
Vzw Pasop verleent gratis en anoniem hulp aan vrouwen en mannen die werkzaam zijn in de prostitutie in Oost- en West- Vlaanderen, Limburg en een deel van Vlaams Brabant. Zij kunnen terecht voor beroepsgebonden hulpverlening op medisch, psychosociaal, administratief en juridisch vlak.

Doktersconsultatie: maandag van 10 tot 12u

Ertbeekstraat 34

3500 Hasselt

Tel 011/33 30 58

pasop@skynet.be

Regio Oost-Vlaanderen

- **Aids Referentie Centrum Gent, RUG**
Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185
9000 Gent
Tel. : 09/332 32 90
- **Vzw Pasop** <http://users.skynet.be/pasop/>
Vzw Pasop verleent gratis en anoniem hulp aan vrouwen en mannen die werkzaam zijn in de prostitutie in Oost- en West- Vlaanderen, Limburg en een deel van Vlaams Brabant. Zij kunnen terecht voor beroepsgebonden hulpverlening op medisch, psychosociaal, administratief en juridisch vlak.

Brabantdam 100B

9000 Gent

Tel 09/233 47 67

pasop@skynet.be

Regio Vlaams Brabant

- **Aids Referentiecentrum Centrum Leuven, KUL
Universitair Ziekenhuis Gasthuisberg
Herestraat 49, 3000 Leuven
Tel. : 016/34 47 75**
- **Ghapro vzw www.ghapro.be**
Ghapro, of voluit “Gezondheidszorg en hulpverlening aan prostituees”, verleent gratis en anoniem hulp aan vrouwen en mannen die werkzaam zijn in de prostitutie in de provincie Antwerpen en Vlaams Brabant.

**Verversrui 3
2000 Antwerpen
Tel: 03 293 95 91
Fax: 03 294 33 70
info@ghapro.be**

- **Vzw Pasop <http://users.skynet.be/pasop/>**
Vzw Pasop verleent gratis en anoniem hulp aan vrouwen en mannen die werkzaam zijn in de prostitutie in Oost- en West- Vlaanderen, Limburg en een deel van Vlaams Brabant. Zij kunnen terecht voor beroepsgebonden hulpverlening op medisch, psychosociaal, administratief en juridisch vlak.

**Brabantdam 100B
9000 Gent
Tel 09/233 47 67
pasop@skynet.be**

Regio West-Vlaanderen

- **Vzw Pasop <http://users.skynet.be/pasop/>**
Vzw Pasop verleent gratis en anoniem hulp aan vrouwen en mannen die werkzaam zijn in de prostitutie in Oost- en West- Vlaanderen, Limburg en een del van Vlaams Brabant. Zij kunnen terecht voor beroepsgebonden hulpverlening op medisch, psychosociaal, administratief en juridisch vlak.

**Brabantdam 100B
9000 Gent
Tel 09/233 47 67
pasop@skynet.be**

**HALLO. IEMAND WAARMEE JE SEKSUEEL CONTACT HEBT GEHAD,
HEEFT EEN SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENING (SOA) OPGELOPEN.
MOGELIJK BEN JIJ OOK BESMET. LAAT JE DAAROM TESTEN.**

Een persoon waarmee jij seksueel contact hebt gehad, heeft bij een arts een test op soa's (seksueel overdraagbare aandoeningen) laten uitvoeren. Er werd(en) volgende infectie(s) vastgesteld:

<input type="checkbox"/> Chlamydia	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Genitale wratten (HPV)
<input type="checkbox"/> Gonorrhoe	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Genitale herpes
<input type="checkbox"/> Syfilis	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Trichomonas

Deze persoon wenst anoniem te blijven maar wil jou toch verwittigen via deze brief. Zo kan jij je ook laten testen en laten behandelen als dat nodig zou zijn. Ga daarom naar je **huisarts** en neem deze brief mee.

Ook wanneer je zelf **geen klachten** hebt, laat je je best testen. Veel soa's geven niet direct klachten, maar kunnen ondertussen wel ernstige schade aanrichten. Zo kan b.v. een chlamydia-infectie die geen klachten geeft, toch leiden tot vruchtbaarheidsproblemen.

Maar geen paniek! Meestal kunnen soa's zoals chlamydia en gonorrhoe **snel en eenvoudig behandeld** worden met antibiotica en is het probleem volledig opgelost.

Ben je besmet met het hepatitis B-, het hepatitis C- of het hiv-virus, dan zal je arts zorgen voor een afspraak bij een gespecialiseerde arts of centrum zodat je zo snel mogelijk de beste behandeling krijgt.

Wil je meer weten: www.seksualiteit.be

Wil jouw arts meer weten: www.domusmedica.be/documentatie/dossiers

Deze informatie wordt u met de beste bedoelingen bezorgd door:

Stempel arts:

Gelieve niet te informeren naar de identiteit van de persoon die u wenst te verwittigen.

De arts zal het medisch geheim van zowel deze persoon als van u eerbiedigen.

Meer informatie voor de arts:

Doe bij elke persoon die zich met deze brief aanbiedt een PCR-test voor Chlamydia en gonorrhoe. De analyse voor zowel Chlamydia als gonorrhoe, gebeurt op hetzelfde staal.

	voorkeur	ook nog goed	minst ideaal	niet
mannen	eerstestraalsurine (2u ervóór niet geplast)	urethrale PCR-wisser (pijnlijk)	/	serologie
vrouwen	PCR-wisser cervicaal afgenomen (meest sensitief)	PCR-wisser vaginaal afgenomen (voordeel: geen speculum, patiënte kan dit zelf)	eerstestraalsurine (2u ervóór niet geplast)	serologie

Gaat het om een orale of anale besmetting: neem dan m.b.v. een PCR-wisser een staal van de keel of de anus (zie dossier "SOI in de huisartsenpraktijk" op www.domusmedica.be).

Voer eventueel ook een test op syfilis uit (bloedname) indien dit nooit eerder gebeurde of het al lang geleden is dat het gebeurde (b.v. > 3 jaar geleden).

Vraag vervolgens verder door om te bepalen of de patiënt ook getest moet worden op HBV, syfilis en HIV. Dit doe je via een bloedname: HBV door bepaling van HBsAg, syfilis via TPHA/CLIA en HIV via opsporing van specifieke antistoffen.

Patiënten die zeker een bloedanalyse op HBV, syfilis en HIV en eventueel ook op HCV aangeboden dienen te krijgen zijn:

- mensen met risicovol seksueel gedrag: zeer frequent wisselende partners (≥2 partners voorbij 6 maanden) of zeer "ruwe" seks (risico op scheuren van slijmvlies: anale seks, "fisting", diepe orale seks)
- mannen die seks hebben met mannen (MSM)
- personen afkomstig uit HIV/ HBV/ HCV- endemische gebieden die zich nooit eerder lieten testen of personen wiens partner afkomstig is uit een HIV/ HBV/ HCV- endemisch gebied en deze zich nog nooit liet testen. Voor HIV gaat het vooral om subsaharaans Afrika.
- IVdruggebruikers
- zwangeren

Behandeling	
Chlamydia	Azitromycine 1g PO single dose
gonorrhoe	Ceftriaxone IM injectie + Azitromycine 2g PO single dose
syfilis	Benzathine benzylpenicilline 2,4 milj IE IM injectie; afhankelijk van het stadium te herhalen
HBV	Verwijzen naar een gespecialiseerd centrum/ hepatoloog
HIV	Verwijzen naar een aidsreferentiecentrum (ARC)

ADVIES CORRECT CONDOOMGEBRUIK

(zie ook <http://www.seksualiteit.be/anticonceptie/overzicht-anticonceptie/het-condoom>)

Zorg voor het juiste condoom!

- **CE-code:**
Let erop dat de condooms die je koopt een CE-code hebben. Deze CE-code bestaat uit de letters CE en een cijfer en staat vermeld op de verpakking. Deze code garandeert dat condoom en verpakking voldoen aan de Europese norm. Condooms uit landen buiten de EU hebben dit keurmerk niet.
- **De uiterste gebruiksdatum op de verpakking:**
Na deze datum is het condoom niet meer gegarandeerd veilig en dus niet meer bruikbaar.
- **Materiaal:**
Latex condooms
Latex condooms worden het meest gebruikt. Ze zijn verkrijgbaar in verschillende maten, diktes en kleuren. De latex condooms met een CE-code zijn geschikt voor vaginale en anale seks. Voor orale seks zijn er speciale condooms met een smaakje. Let op: latex en massageolie gaan niet samen, omdat de olie (die mogelijk nog aan de handen kleeft) de latex aantast.
Polyurethaan condooms
Polyurethaan is een plastic. Deze condooms zijn geschikt voor mensen die allergisch zijn voor rubber.
- **Bewaring van het condoom:**
Condooms moeten zo bewaard worden dat de verpakking intact blijft. Als de verpakking beschadigd is, is het condoom niet meer betrouwbaar en niet meer bruikbaar.
Leg ze niet op een te warme plaats.
Door mechanische druk (bv. langdurig in de portefeuille) kan de verpakking en/of het condoom beschadigd zijn; het is beter deze niet te gebruiken.
Berg ze apart op zodat ze niet in aanraking komen met scherpe voorwerpen zoals bv. een nagelvijltje.
- **Soorten condooms:**
Mannencondoom:
Vervaardigd uit latex of polyurethaan.
Vrouwencondoom:
Het vrouwencondoom is van polyurethaan. Het moet in de vagina worden ingebracht. Opgelet! Dit condoom mag je NOOIT samen gebruiken met een mannencondoom omdat door wrijving de condooms kunnen scheuren.
Beflapje:
Een beflapje is een lapje van dun rubber dat gebruikt wordt bij orale seks (beffen). Alternatieven voor het beflapje zijn een opengeknipt condoom (zijkant) of vershoudfolie (zonder gaatjes).
Het beflapje wordt voor de vagina en de schaamlippen gehouden.

Zorg voor het juiste glijmiddel!

Gebruik van glijmiddel maakt de kans op scheuren van het condoom kleiner. Er bestaat glijmiddel **op waterbasis** en **op siliconenbasis**. Het glijmiddel wordt aangebracht op het condoom en op/in de vagina en anus.

Gebruik nooit speeksel of producten op basis van olie (vaseline, massageolie, bodymilk, ...) als glijmiddel. Speeksel "glijdt" niet voldoende waardoor kans op scheuren van het condoom groter wordt. Latexpartikels lossen op in olie waardoor het condoom kapot gaat.

Een glijmiddel op waterbasis voorkomt irritatie van de vagina en opwarming van het condoom. Het glijmiddel heeft geen kleur, geur noch smaak.

Bij anale seks moet altijd veel glijmiddel gebruikt worden, omdat de anus van zichzelf niet vochtig wordt. Het glijmiddel dat al op het condoom zit, is niet voldoende voor anale seks. Zonder extra glijmiddel is anale seks pijnlijk, is er risico op wondjes en is er een groot risico dat het condoom kapot gaat. De voorkeur wordt gegeven aan glijmiddel op siliconenbasis, gezien dit langer aanwezig blijft.

Zorg voor het juiste gebruik!

De belangrijkste oorzaak voor een gescheurd condoom is wrijving. Hoe stroever het gaat, hoe groter de kans op scheuren. Glijmiddel voorkomt wrijving. Daarom wordt aangeraden om voldoende glijmiddel voorafgaand aan het sekscontact aan te brengen en dit tijdens het sekscontact eventueel te herhalen.

- Goed gebruik van het mannencondoom:
 1. De verpakking moet voorzichtig open gescheurd worden en het condoom eruit geduwd. Men gebruikt hierbij geen tanden of schaar! Voorzichtigheid is geboden met scherpe nagels en ringen. Het condoom mag niet beschadigd worden.
 2. De opgerolde kant van het condoom moet aan de buitenkant komen (dit wordt getest door het randje van het condoom tussen duim en wijsvinger te nemen en te voelen naar welke kant het afrollen gemakkelijk gaat).
 3. Het topje van het condoom moet dicht geduwd worden met de duim en wijsvinger. Zo kan er geen lucht in komen, anders kan het condoom knappen.
 4. Het condoom wordt op de stijve penis aangebracht terwijl de top dicht geduwd blijft. Met de andere hand moet het condoom zo ver mogelijk afgerold worden.
 5. Er moet genoeg ruimte zijn in het topje van het condoom (maar geen lucht!) om het sperma op te vangen.
 6. Als het omdoen niet gelukt is, moet er een nieuw condoom aangebracht worden op de correcte wijze.
 7. Na het klaarkomen moet de penis terug worden getrokken voordat hij weer slap wordt. De condoomrand moet bij het terugtrekken goed vast gehouden worden, zodat het condoom niet per ongeluk afglijdt.
 8. Er wordt een knoop in het condoom gelegd en hij wordt vervolgens weggegooid in de vuilnisbak.

WAT TE DOEN BIJ EEN GESCHEURD OF AFGELEDEN CONDOOM?

Wat doe je best als er toch sperma terecht is gekomen in ...

- de mond:
 - probeer het sperma niet in te slikken maar spuw het zo snel mogelijk uit
 - spoel je mond een paar keer met water en spuw het terug uit
 - gebruik geen andere producten om je mond te spoelen dan water
 - ga niet onmiddellijk je tanden poetsen, want hierdoor ontstaan er kleine tandvleswondjes waardoor het risico op besmetting groter is, wacht met tanden poetsen tot minstens 1 uur later
 - wacht met eten en drinken tot minstens 1 uur later

- de vagina:
 - ga naar het toilet en probeer zoveel mogelijk sperma uit te persen (als er geen toilet in de buurt is, ga dan ergens in hurkzit zitten)
 - gebruik geen vingers of voorwerpen om het sperma uit de vagina te halen, hierdoor kunnen wondjes ontstaan en is de kans op besmetting groter
 - spoel in de douche het resterende sperma weg, maar breng daarbij geen sproeikop of spoelflesjes in de vagina in, door risico op wondjes, is de kans op besmetting groter
 - gebruik geen andere producten dan water om te spoelen en zeker geen bijtende producten zoals bleekwater, Dettol®,... omdat hierdoor ook weer wondjes kunnen ontstaan en er een groter risico is op besmetting

- De anus:
 - ga naar het toilet en probeer zoveel mogelijk sperma uit te persen (als er geen toilet in de buurt is, ga dan ergens in hurkzit zitten)
 - gebruik geen vingers of voorwerpen om het sperma uit de anus te halen, hierdoor kunnen wondjes ontstaan en is de kans op besmetting groter
 - spoel in de douche het resterende sperma weg, maar breng daarbij geen sproeikop of spoelflesjes in de anus in, want door risico op wondjes is de kans op besmetting groter
 - gebruik geen andere producten dan water om te spoelen en zeker geen bijtende producten zoals bleekwater, Dettol®,... omdat hierdoor ook weer wondjes kunnen ontstaan en er een groter risico is op besmetting

Handleidingen voor LOK-groepen **Seksueel Overdraagbare Infecties in de Huisartsenpraktijk**

Evaluatieformulier voor de **MODERATOR**

Het programma werd gevolgd door:

- LOK (naam en/of nummer, en gemeente):
- andere groep:

Score op een schaal van 1 tot 4

1 = helemaal niet akkoord

3= akkoord

2 = niet akkoord

4 = helemaal akkoord

Het onderwerp van deze handleiding is een goed onderwerp binnen de setting van een LOK-groep.

1 2 3 4

De inhoud van de LOK-vergadering is toepasbaar voor de praktijk.

1 2 3 4

Deze handleiding stelt mij als LOK-moderator in staat om kennis, inzicht en vaardigheden m.b.t. gedragsverandering over te brengen aan de LOK-deelnemers (zonder aanwezig expert).

1 2 3 4

De handleiding stelt mij als LOK-moderator in staat om de LOK-leden in de vergadering zelf tot actie te motiveren.

1 2 3 4

Er was goede interactie tussen de moderator en de deelnemers.

1 2 3 4

Heeft u tips, suggesties, kritieken m.b.t. de handleiding?

.....
.....

Welke programma-onderdelen kwamen aan bod?

.....
.....

-
- ⁱ Verbrugge R et al., Seksueel Overdraagbare Aandoeningen bij de Algemene Bevolking, Gegevens van 2013 voor België en de 3 Regio's, WIV-ISP, Brussel, november 2014.
- ⁱⁱ Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, Denekens J and Avonts D. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. *Family Practice* 2003; **20**: 11–15.
- ⁱⁱⁱ Verbrugge et al, seksueel overdraagbare aandoeningen bij de algemene bevolking in België en de 3 Regio's voor 2014. Niet gepubliceerde gegevens.
- ^{iv} Verhoeven V, Avonts D, Peremans L, Ieven M, Coenen S. Actieve opsporing van Chlamydia trachomatis in de huisartsenpraktijk. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering.
- ^v HJC de Vries, GJJ van Doornum, CJ Bax et al. Multidisciplinaire Richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen voor de 2e Lijn, Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 2012
- ^{vi} Brosius I. De rol van de huisarts in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen: een evidence-based werkmodel. Masterproef Huisartsgeneeskunde, 2012.
- ^{vii} NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen (Tweede herziening) WJ van Geldrop, ME Numans, HF Berg, AM van Putten, ME Scheele, M Bouma. *Huisarts Wet* 2007;50(12):666-81.
- ^{viii} Ghapro vzw, Pasop vzw. Leidraad voor medische consultaties bij sekswerkers. Maart 2014.
- ^{ix} Haute Autorité de Santé. Diagnostic biologique de l'infection à Chlamydia trachomatis– Avis sur les actes. Juillet 2010.
- ^x Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk. Editie 2012. BAPCOC.

Handleidingen voor LOK-groepen
Seksueel Overdraagbare Infecties in de Huisartsenpraktijk

Evaluatieformulier voor de **DEELNEMERS**

Score op een schaal van 1 tot 4

1 = helemaal niet akkoord

2 = niet akkoord

3= akkoord

4 = helemaal akkoord

Het onderwerp van deze LOK-vergadering is een goed onderwerp binnen de setting van een LOK-groep.

1 2 3 4

Het onderwerp van deze LOK-vergadering is belangrijk voor mijn praktijk.

1 2 3 4

De voorgestelde aanpak is toepasbaar in mijn eigen praktijksituatie.

1 2 3 4

Na deze LOK-vergadering heb ik intentie om de opgedane ervaring te implementeren in mijn eigen praktijk.

1 2 3 4