

De rol van de huisarts bij soaconsulten

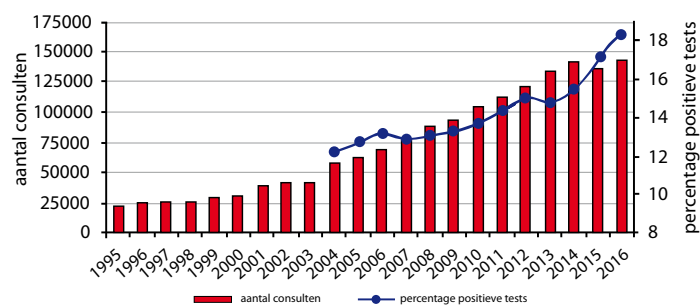
Jan van Bergen

Het aantal soaconsulten op GGD's en in huisartsenpraktijken is de laatste jaren gestabiliseerd. Wel stijgt op GGD's, die vooral de hoogrisicopatiënten voor hun rekening nemen, het percentage bezoekers dat positief test op een soa. Syfilis is terug van weggeweest, vooral onder mannen die seks hebben met mannen. De populariteit van zelftests groeit, maar de huisarts heeft met twee derde van alle soaconsulten nog altijd een belangrijk aandeel in de soazorg. Die omvat meer dan alleen maar testen en behandelen. Ontwikkelingen zoals hiv-profylaxe, mycoplasma-diagnostiek, HPV-vaccinatie en e-health, vragen om een plaatsbepaling: wat is zinvol in de huisartsenpraktijk en wat niet?

Wie een soagerelateerde vraag of klacht heeft, kan terecht bij de huisarts of bij een Centrum Seksuele Gezondheid (CSG) van de GGD. Soadiagnostiek bij de huisarts valt onder de basisverzekering, maar gaat wel af van het eigen risico. De CSG's zijn aanvullende voorzieningen voor hoogrisicogroepen en bieden gratis zorg, maar een financieringsplafond beperkt hun capaciteit zodat ze een strikt toelatingsbeleid moeten hanteren met soms lange wachttijden. Mensen die niet naar de huisarts willen en niet bij een CSG terecht kunnen, kunnen ook soadiagnostiek laten uitvoeren in een aantal zelfstandige behandelcentra of privéklinieken, maar hoe vaak dat gebeurt is niet bekend. De laatste jaren zijn ook thuis-tests in opmars, deze zijn zonder tussenkomst van een arts te koop in drogisterijen en apotheken of via internet. Dit artikel beschrijft de verschuivingen in de epidemiologie van soa in Nederland, de trends in de soadiagnostiek en de rol van de huisarts in de soazorg.

SOA BIJ DE GGD

Na jarenlange stijging heeft het aantal soaconsulten op de CSG's zich de laatste paar jaar gestabiliseerd op 143.139 in 2016 [figuur 1]. In dat jaar werd in 18,4% van de consulten een soa vastgesteld; het jaar tevoren was dat nog 17,2%.¹ Deze stijging heeft vooral te maken met een strikter toelatingsbeleid: CSG's geven voorrang aan mensen die al klachten hebben, die gewaarschuwd zijn voor een soa of die tot een hoogrisicogroep behoren – zoals mannen die seks hebben met mannen (MSM) en personen uit gebieden waar soa's endemisch zijn. Bij gebrek aan representatief bevolkingsonderzoek is moeilijk te zeggen of deze stijging wijst op meer soa of minder veilig vrijen in



Figuur 1

Aantal consultaties voor soa's en percentage positief getesten in de Nederlandse Centra Seksuele Gezondheid, 1995-2016

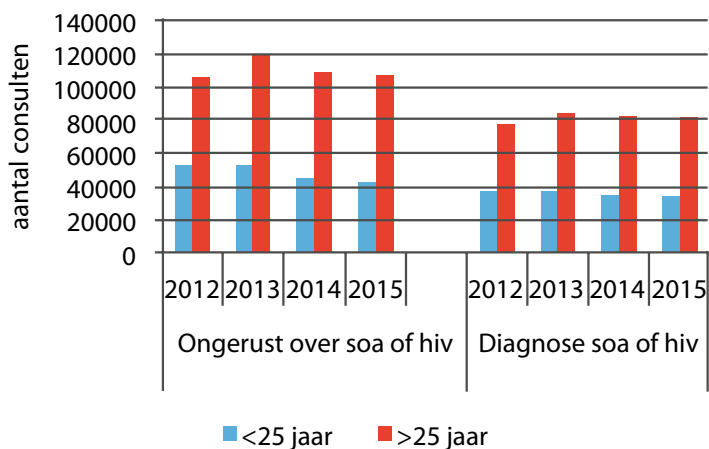
Bron: RIVM 2017¹

Nederland, maar duidelijk is wel dat de CSG's een belangrijke hoogrisicogroep aantrekken.

In 2016 hadden 20.698 CSG-bezoekers (14,5%) een *Chlamydia*-infectie, een toename van 11% ten opzichte van het jaar ervoor. Bij MSM lieten twee soa's een verontrustende stijging zien: syfilis (+30%; n = 1223) en lymfogranuloma venereum (+68%; n = 242). Ook het aantal vastgestelde gonorrhoe-infecties steeg (+13%, n = 6092); het percentage MSM dat positief testte, was 10,5% in 2015 en 11,2% in 2016.

Waar de incidentie van bacteriële soa's steeg, daalde juist het aantal nieuwe hiv-infecties in Nederland, tot iets meer dan 800 in 2017. Deze divergentie wordt ook in sommige andere landen gesignaleerd.² Voor hiv lijken biomedische preventiemethoden zoals *treatment as prevention* (vroegere behandeling van hiv stopt verdere overdracht) en post- en pre-expositieprofylaxe (PEP en PrEP) vruchten af te werpen.²⁻⁴

In de literatuur wordt 'risicocompensatie' wel aangevoerd als reden waarom de prevalentie van soa's zou kunnen toenemen nu er tegen hiv biomedische preventie mogelijk is. Dit is echter niet aannemelijk, want de toename van soa onder MSM werd al gerapporteerd voordat *treatment as prevention* en PrEP beschikbaar kwamen. Wel werd in het afgelopen decennium een geringe daling van het condoomgebruik bij anale seks gerapporteerd.² Ongeveer de helft van de MSM gebruikt niet consistent condooms bij wisselende seksuele contacten; redenen zijn de bijwerkingen van condooms (erectiestoornissen, interrupties, minder gevoel) en het gebruik van stimulerende middelen (alcohol en 'chemseks').



Figuur 2

Aantal consulten bij de huisarts omdat de patiënt bang is een soa of hiv-infectie te hebben opgelopen, en aantal consulten waarin de huisarts een soa of hiv-infectie heeft gediagnosticeerd, 2012-2015. Geschatte aantallen diagnoses 'Chlamydia', 'gonorroe', 'syfilis', 'hiv', 'Trichomonas', 'herpes genitalis', 'genitale wratten' en 'niet-specifieke urethritis', per leeftijdscategorie, geëxtrapoleerd uit de NIVEL-zorgregistraties. Bron: RIVM⁴

Andere mogelijke oorzaken voor de gestegen prevalentie van soa onder MSM zijn vroegere opsporing door meer en frequenter testen, en makkelijkere verspreiding doordat de seksuele netwerken van MSM sneller verstrengeld raken via datingsites. Soa's worden bovendien – ook bij condoomgebruik – veel makkelijker overgedragen dan hiv, bijvoorbeeld tijdens orale seks of via vingers en *toys*.

De uitdagingen liggen vooral in de communicatieve sfeer

SOA IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

In huisartsenpraktijken vonden in 2015 naar schatting zo'n 266.000 soagerelateerde consulten plaats, zo valt op te maken uit de NIVEL-zorgregistraties [figuur 2].¹ Dat suggereert dat huisartsen nog steeds twee derde van alle soaconsulten in Nederland voor hun rekening nemen, al zal die verdeling anders liggen in steden met een grote toeloop op de GGD. Plaafondfinanciering en instroombeperking op de CSG's hebben blijkbaar niet geleid tot substitutie van soazorg naar de huisarts, want het aantal soaconsulten in de huisartsenpraktijken is sinds 2013 licht gedaald. Dat soadiagnostiek ten laste komt van het eigen risico speelt daarbij mogelijk een rol. Elke individuele huisarts ziet maar een beperkt aantal patiënten in verband met een (mogelijke) soa. Een fulltime huisarts heeft naar schatting gemiddeld twee tot drie patiënten met hiv in de praktijk en registreert jaarlijks zo'n vijf consulten

vanwege een nieuwe *Chlamydia*-infectie en iets meer dan dertig soaconsulten.¹ De CBS-leefstijlmonitor meldt dat 8,8% van de Nederlanders van 16 jaar en ouder als laatste sekspartner in het afgelopen jaar een losse partner had. In de groep van 16 tot 24 jaar was dat 27%. Rekening houdende met het condoomgebruik dat bij dit laatste losse contact gerapporteerd werd, moet 2,6% van alle 16- tot 85-jarigen in het afgelopen jaar risico op een soa hebben gelopen, dat komt neer op vijftig personen per normpraktijk.⁵ De 'gemiddelde praktijk' bestaat echter niet. Hiv concentreert zich in de Randstad en in de grote steden en huisartsen in stedelijk gebied, vooral in multiculturele en achterstandswijken, hebben veel vaker te maken met soaproblematiek.⁴

Ook de 'gemiddelde patiënt' bestaat niet. Op het gebied van seksueel risicogedrag is de verdeling erg scheef: velen doen het met weinigen en weinigen doen het met velen. Dat zorgt ervoor dat de variatie in seksueel risicogedrag binnen praktijken groter is dan tussen praktijken. Soaproblematiek is dan ook een actueel thema voor iedere huisartsenpraktijk, zeker niet alleen in de grote steden.

THUIS TESTEN

Soa-zelftests zijn aantrekkelijk omdat ze thuis kunnen worden gedaan, zodat privacy en anonimiteit gewaarborgd zijn. Ze zijn te koop bij drogisterij en apotheek en via het internet, en ze vormen een groeiende markt. Het RIVM gaf in een recent rapport als voorzichtige schatting dat er jaarlijks ongeveer 50.000 online soa-thuistests worden gedaan.⁶ Er zijn wel risico's verbonden aan thuistests: de juiste testkeuze is niet gegarandeerd, niet alle tests zijn betrouwbaar en nazorg, zoals partnerwaarschuwing, is niet geregeld.⁷ Om deze risico's te ondervangen heeft Soa Aids Nederland een keuzehulp ontwikkeld (<https://soatest.advies.chat>).

BESCHOUWING

Met twee derde van de jaarlijks ruim vierhonderdduizend soaconsulten blijft de huisarts in Nederland een belangrijk aanspreekpunt voor soagerelateerde vragen en klachten. Het aantal soaconsulten bij CSG's heeft zich gestabiliseerd door

DE KERN

- Strengere selectie van patiënten heeft geleid tot een stabilisatie van het aantal soaconsulten bij de GGD, met een duidelijke toename van het percentage positief geteste personen.
- Syfilis is terug in Nederland, met meer dan 1200 nieuwe infecties in 2016, vooral bij mannen die seks hebben met mannen.
- Het aantal nieuwe hiv-diagnosen is gedaald tot onder de duizend.
- Twee derde van alle soaconsulten in Nederland vindt plaats in de huisartsenpraktijk.
- Zelftests en soa e-health zijn in opmars.

strengere selectie aan de poort. Mensen worden nu actief terugverwezen naar de huisarts, maar ook daar groeit het aantal soaconsulten niet langer. Wel is er een groeiend aanbod van zelfafnametests en doe-het-zelftests voor thuisgebruik, waarvan er jaarlijks ongeveer 50.000 over de toonbank gaan. Vooral nog weten we niet welke patiënten hun toevlucht tot zelftests nemen. Zijn het de *worried well*, zijn het patiënten die substantieel risico lopen, zijn het personen die geweigerd zijn op de CSG? Onderzoek ontbreekt.

Provider-initiated testing zal bij soa en hiv altijd een belangrijke rol blijven spelen naast *patient-initiated testing*, al was het maar omdat de patiënt klachten niet altijd herkent als soage-relateerd of zelf het initiatief neemt tot een test, bijvoorbeeld bij anale klachten of bij hiv-gerelateerde indicatorziekten.^{3,4} Bovendien omvat persoonsgerichte soazorg in de huisartsenpraktijk veel meer dan alleen maar testen en behandelen. De uitdagingen liggen vooral in de communicatieve sfeer. De kunst is, seksualiteit op een open en niet-bevoogdende manier bespreekbaar te maken zodat de juiste diagnostiek wordt ingezet, een goede risicoschatting wordt gemaakt en gepaste counseling plaatsvindt. In de praktijk is dit niet zo eenvoudig, er is zeker ruimte voor verbetering op dit vlak.^{8,9} Hoe incorporeert u motiverende gespreksvoering in uw counseling-op-maat rondom veilig vrijen en partnerwaarschuwing? Verwijst u patiënten wel eens door naar partnerwaarschuwing.nl, biedt u ze wel eens e-hulp aan over veilig vrijen, zoals sense.info of vrijfijn.nl, of over tests (<https://soatest.advies.chat>)?

Legio andere nieuwe onderwerpen in de soabestrijding vragen om een plaatsbepaling in de huisartsenpraktijk: PrEP ter preventie van hiv-infecties,¹⁰ mycoplasmadiagnostiek, anale diagnostiek bij heteroseksuele vrouwen, genderneutrale HPV-vaccinatie, HPV-vaccinatie tegen genitale wratten, de rol van de doktersassistente... Daarbij zijn er tal van nieuwe verwijsmogelijkheden voor e-health. Er is dus meer dan voldoende stof tot nadenken op weg naar een herziene NGH-Standaard Het soa-consult 2.0. In de tussentijd kunnen huisartsen en praktijkondersteuners met vragen terecht bij de NHG-Expertgroep Seksuele Gezondheid (www.sekshag.nl) en de onlangs opgerichte NVDA-Expertgroep Seks-Soa (<https://www.nvda.nl/sekssoa>). ■

LITERATUUR

1. Visser M, Van Aar F, Van Oeffelen AAM, Van den Broek IVF, Op de Coul ELM, Hofstraat SHI, et al. Sexually transmitted infections including HIV in the Netherlands in 2016. RIVM Report 2017-0003. Bilthoven: RIVM, 2017.
2. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, De Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis* 2017;17:e235-79.
3. Kroon FP. Hiv anno 2017: vroege diagnostiek, vroege behandeling. *Huisarts Wet* 2017;60:42-6.



Biometrische preventie van hiv begint zijn vruchten af te werpen.

Foto: iStock

4. Joore IK, Op de Coul ELM, Bom BCJ, Van Sighem AI, Geerlings SE, Prins JM, Van Bergen JEAM. Proactiever testen op hiv is nodig. *Huisarts Wet* 2017;60:24-6.
5. Kerncijfers leefstijlmonitor seksuele gezondheid 2016. Utrecht: Rutgers/Soa Aids Nederland; 2017.
6. Van de Broek IVF, Sukel B, Bos H, De Daas C. Evaluatie van het aanbod van on-line-aanbieders van soa-zelftesten in Nederland. RIVM Rapport 2016-0143. Bilthoven: RIVM, 2016.
7. Van Bergen JE, 24/7 een soa-test uit de muur, of toch maar niet? *Huisarts Wet* 2018;61:23-6. DOI: 10.1007/s12445-018-0064-9.
8. van Bergen JE. Patiënten met een seksueel overdraagbare aandoening: Het abc van het soa-consult is minder eenvoudig dan het lijkt. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158: A7247.
9. Joore IK, Reukers DF, Donker GA, van Sighem AI, Op de Coul EL, Prins JM, et al. Missed opportunities to offer HIV tests to high-risk groups during general practitioners' STI-related consultations: an observational study. *BMJ Open* 2016;6:e009194.
10. Hermanussen R. Pre-expositieprofyaxe tegen hiv (PrEP). *Huisarts Wet* 2017;60:264-7.

Van Bergen JE. De rol van de huisarts bij soaconsulten. *Huisarts Wet* 2018;61(4):DOI: 10.1007/s12445-018-0082-7.

AMC-UvA Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde: prof. dr. J.E.A.M van Bergen, bijzonder hoogleraar hiv en soa in de eerste lijn [tevens huisarts, Gezondheidscentrum Venserpolder, Amsterdam], jvanbergen@soaids.nl.

Mogelijke belangenverstremgeling: de auteur is ook werkzaam als programmaleider bij Soa Aids Nederland, een non-profitorganisatie die fondsen ontvangt via het RIVM, via projectsubsidies en via samenwerking met farmaceutische bedrijven. Er is een gedragscode ter voorkoming van beïnvloeding. De auteur is lid van het dagelijks bestuur van Hiv Transmissie Eliminatie Amsterdam [H-TEAM], dat gefinancierd wordt door onder andere het Aidsfonds, Amsterdam Diner, de gemeente Amsterdam en diverse farmaceutische bedrijven. De leerstoel hiv en soa in de eerste lijn ontvangt financiële ondersteuning van het Aidsfonds.