

Stellingen behorend bij het proefschrift

**“Screening for Chlamydia trachomatis: whom and how?”**

Hannelore Götz, 19 januari 2006

1. Landelijke chlamydia screening in Nederland is niet wenselijk. Screening in regio's met hoogrisico groepen is wel zinvol. (Dit proefschrift)
2. Thuiscreening op chlamydia wordt door de deelnemers goed geaccepteerd. (Dit proefschrift)
3. De predictieregel voor chlamydia kan gebruikt worden om hoogrisico groepen te motiveren deel te nemen aan screening. (Dit proefschrift)
4. Voordat eventueel tot routinematige chlamydia screening wordt overgegaan, moet de proefimplementatie screening in grootstedelijke gebieden gedurende meerdere jaren geëvalueerd zijn, om langere termijn uitkomsten te kunnen vaststellen (Dit proefschrift)
5. Via scholen kan een aanzienlijk deel van de doelgroep voor chlamydia screening persoonlijk gemotiveerd worden. De meeropbrengst van schoolscreening in aanvulling op thuiscreening moet onderzocht worden. (Dit proefschrift)
6. GGD-en zijn verantwoordelijk voor regionale SOA-bestrijding en zijn daarom de aangewezen instantie om chlamydia screening te organiseren.
7. Het alleen aan vrouwen aanbieden van chlamydia screening is discriminerend. Het stigma van vrouwen als besmette partner wordt daarmee vergroot en de rol van mannen in de overdracht van infectie onderbelicht.
8. Academisering van de GGD begint bij de evaluatie van het eigen handelen en onderzoek naar de kwaliteit en effecten van de eigen praktijk.
9. In het multidisciplinaire zorgteam voor de patiënt met een infectieziekte is de arts infectieziektebestrijding de schakel in de keten tussen individuele zorg en verspreiding van de infectie naar de maatschappij. De arts infectieziektebestrijding moet kunnen diagnosticeren, behandelen en zo nodig verwijzen.
10. Bij een consult voor een hiv-positieve patiënt hoort bespreken van seksueel gedrag en het actief aanbieden van soa-onderzoek.
11. De waarde en de significantie van menselijk contact is niet statistisch te toetsen.