Inhiberende en drempelverlagende factoren bij het SOA-consult

Dries Deckers, KU Leuven

Promotor: Prof. Jo Goedhuys, KU Leuven, ACHG

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord:

Prof. Jo Goedhuys, voor zijn deskundige adviezen en opvolging.

Sanne, bedankt voor je onvoorwaardelijke steun, hulp en liefde.

Mijn ouders, voor hun goede zorgen.

De opleiders/collega's van het Studentengezondheidscentrum KU Leuven voor de deskundige adviezen en zeer fijne samenwerking.

De docenten/deskundigen op het vlak van SOA's/communicatie voor hun medewerking aan ons project.

Mijn huidige PO, Dr. Alja Lammens voor haar adviezen en rustgevende ondersteuning.

Abstract:

Achtergrond: Er bestaan reeds Vlaamse en Nederlandse richtlijnen rond SOA-gerelateerde klachten. Doch geen van deze richtlijnen heeft het over drempelverlagende- / drempelverhogende factoren om op SOA-consult te komen, dit was mijn focus in het gezamenlijk onderzoek.

Methodiek: op basis van de literatuur en onze ervaringen in het Studentengezondheidscentrum van de KU Leuven creëerden we 2 vragenlijsten (1 vóór "pre vragenlijst" en 1 ná (post vragenlijst" het SOA-consult), dewelke gevalideerd werden door 12 experten, waarna 5 test-patiënten feedback gaven. De pre-vragenlijst werd afgenomen bij alle Nederlandstalige patiënten. De post-vragenlijst werd enkel door diegene die op SOA-consult kwamen ingevuld. De vragenlijst vóór het consult was gefocust op RFE (Reason For Encounter) en drempelverlagende- en drempelverhogende factoren om op SOA-consult te komen, dit was mijn focus in het onderzoek.

Resultaten/Discussie: de meest voorkomende RFE was screening, slechts 1/4de van de patiënten had SOA-klachten. Voornamelijk een onbekende arts, een online afsprakensysteem en een vrouwelijke arts bij vrouwelijke patiënten werd als drempelverlagend ervaren. Drempelverhogende factoren waren voornamelijk een mannelijke arts voor vrouwelijke patiënten en een telefonisch afspraken-systeem.

Conclusie: Men kan concluderen dat om een praktijk zo laagdrempelig mogelijk in te richten om op SOA consult te komen er twee artsen van een ander geslacht bereikbaar dienen te zijn voor de patiënten. Maar het is vooral belangrijk dat een vrouwelijke arts aanwezig is. Een praktijk zou ook een online afspraken systeem moeten hebben. Patiënten zouden ook een vrije keuze van arts moeten blijven hebben om de zorg zo laagdrempelig mogelijk te houden.

Inhoud

Abstract: 3

Achtergrond: 6

Korte praktijkschets 6

Onderzoeksvragen: 7

Methodiek: 7

1. *Literatuuronderzoek 7*
2. *Samenstellen van de vragenlijst 8*
3. *Afname van de vragenlijst 9*
4. *Verwerking van de vragenlijst 10*

Resultaten: 10

1. *Literatuuronderzoek 10*
    a. *Vragenlijsten i.v.m. RFE's 10*
    b. *Drempels en drempelverlagende factoren om op SOA-consult te komen 10*
        b1. Symptomatische patiënten 11
        b2. Asymptomatische patiënten 13
        b3. Andere drempels 14
    c. *Computer-geassisteerd of pen en papier?. 16*
2. *Resultaten uit de vragenlijst 16*
    a. *Patiënt-karakteristieken bij de consult-groep 16*
    b. *Patiënt-karakteristieken in de algemene praktijkpopulatie 17*
    c. *Reason(s) For Encounter 17*
    d. *Belemmerende en drempelverlagende factoren 18*

Discussie: 29

1. *De vragenlijsten*
    a. *Reason(s) for Encounter 29*
    b. *Belemmerende en drempelverlagende factoren 29*
2. *Voor- en nadelen van de studie: 30*
    a. *Voordelen van de studie 30*
    b. *Nadelen van de studie 30*

Conclusie: 31

Bronnen: 33

Addendum: de vragenlijsten 35

Addendum: Ethische commissie 40

Lijst van Figuren

Figuur 1 Afname en verwerking van de vragenlijst 9

Figuur 2 Verschillende componenten die een rol spelen in "Health Seeking Behaviour"..... 11

Figuur 3 Voorstelling van het zorg-zoekend gedrag bij een symptomatische patiënt 11

Figuur 4 Reason For Encounter bij de patiënten die doelbewust op SOA consult kwamen..... 18

Figuur 5a en b Quotering voor "De arts is een ongekende arts"..... 19

Figuur 6a en b Quotering voor "De arts is mijn vaste arts"..... 20

Figuur 7 Quotering bij vrouwen voor "De arts is een man"..... 21

Figuur 8 Quotering bij vrouwen voor "De arts is een vrouw". 21

Figuur 9 Quotering bij mannen voor "De arts is een man"..... 22

Figuur 10 Quotering bij mannen voor "De arts is een man"..... 22

Figuur 11 a en b Quotering voor "Er is een online afspraken systeem"..... 23

Figuur 12 a en b Quotering voor "Er is een telefonisch afspraken systeem"..... 24

Figuur 13 a en b Quotering voor "Ik ben reeds op SOA-consult geweest"..... 25

Figuur 14 a en b Quotering voor "Kennis van testing"..... 26

Figuur 15 a en b Quotering voor "het bespreken van SOA's met familie/vrienden/partner"... 27

Figuur 16 a en b Quotering indien de arts zelf de partners zou verwittigen..... 28

Lijst van Tabellen

Tabel 1 Drempelverlagende en drempelverhogende factoren (symptomatische patiënten).... 13

Tabel 2 Overzicht van de gekende inhiberende/bevorderende factoren..... 14-16

1. Achtergrond:

Mijn collega (Suzanne De Grooff) en ik werkten in ons eerste HAIO-jaar bij de studentenvoorzieningen aan de KU Leuven en werden dagelijks geconfronteerd met (de testing op) SOA's. Ook wij deden ons uiterste best om jongeren hierover te informeren en actief SOA's op te sporen in de dagelijkse praktijk.

Na een uitgebreide literatuurstudie merkten we op dat er Nederlandse en Vlaamse richtlijnen uitgeschreven zijn over de manier van opsporen, testen en behandelen van de verschillende SOA's, over anamnese/risico-inschatting van SOA's. Echter, geen enkele richtlijn werd uitgeschreven over wat juist de drempels zijn voor patiënten om al dan niet op SOA-consult te komen en hoe men een praktijk zo laagdrempelig-mogelijk zou moeten organiseren. Ik meen dat dit een gemis is in de literatuur. Een laagdrempelige zorg zal een vroegtijdige detectie hebben van SOA's, met als gevolg minder verspreiding en minder complicaties.

Ik wenste de volgende zaken te onderzoeken: wat zijn de meest voorkomende redenen tot consulteren? Welke drempels / drempelverlagende factoren spelen mee bij de studenten om op SOA-consult te komen, zijn er verschillen met de algemene studentenpopulatie, en hoe zit dit met de studenten met een groot aantal partners (hetwelk een risicofactor is)?

Dit zorgde ervoor dat ik besloot een onderzoek uit te werken naar de bevorderende en belemmerende factoren voor patiënten om op SOA-consult te komen. Zo hoop ik dan ook concrete aanbevelingen te kunnen geven voor artsen rond praktijkorganisatie wat betreft laagdrempeligheid voor SOA's.

2. Korte praktijkschets

Het Studentengezondheidscentrum van de KU Leuven is geen doorsnee huisartsenpraktijk, vandaar deze korte situering van de praktijk.

De patiëntenpopulatie bij de studentenartsen bestaat enkel uit (doctoraat-)studenten aan de Associatie KU Leuven. Een specifieke patiëntenpool (Jonge, hoogopgeleide patiënten) met vaak heel specifieke problemen. Examenstress, andere variëteiten aan psychische klachten en SOA's behoren tot de dagdagelijkse praktijk bij de studentenartsen.

In het academiejaar 2014-2015 werkten er vijf vaste artsen en twee HAIO's werkzaam, dewelke waren verdeeld over vier consultatieruimtes met nog twee consultatieruimtes voor een preventief onderzoek voor de eerstejaarsstudenten. Twee secretariaatsmedewerkers werkten achter de balie.

In het Studentengezondheidscentrum werkten ook een tiental psychologen en drie psychiaters - waaronder een ASO Psychiatrie.

3. Onderzoeksvragen:

In dit onderzoek zullen twee grote onderzoeksvragen in detail bestudeerd worden. De tweede onderzoeksvraag bevat vier luiken waarin zowel de drempels als de verschillen in de populatie worden onderzocht.

Onderzoeksvraag 1:

Wat zijn de meest voorkomende RFE's wanneer men op SOA-consult komt in het Studentengezondheidscentrum?

Onderzoeksvraag 2:

- Welke drempels en drempelverlagende factoren spelen mee bij de studenten om op SOA-consult te komen?
- Zijn er verschillen met de algemene studentenpopulatie?
- Zijn er verschillen bij studenten met een groot aantal partners?
- Kunnen we praktische aanbevelingen geven over hoe een praktijk zich zou kunnen organiseren om laagdrempelige seksuele gezondheidszorg te bieden?

Een gecombineerde vragenlijst leek ons een praktische manier om voor zoveel mogelijk patiënten op een zo min mogelijk invasieve/belastende manier voor de praktijk deze zaken na te vragen. Dit bleek echter moeilijker dan gedacht, gezien er heel wat vragen niet konden gesteld worden in zo'n (pre-consult) vragenlijst omwille van het Hawthorne-effect [1]*1

4. Methodiek:

1. *Literatuuronderzoek*

In het literatuuronderzoek werden verschillende zoekmachines gebruikt (Pubmed, Embase, Tripdatabase, Cochrane, Google Scholar, Psychinfo). In de literatuurstudie rond inhiberende en bevorderende factoren in zorgzoekend gedrag bij SOA's werden bovenstaande zoekmachines doorzocht met verschillende combinaties van de volgende termen: "STD" (of "Sexual Transmitted Disease"), "Taboo", "Health-care seeking behaviour", "promoting factors", "inhibiting factors", "Reason For Encounter" en "Primary Care".

De literatuur werd opgezocht tussen 11/2014 en 9/2015. De resultaten gaven 5413 artikels, waarvan er 20 relevant bleken voor het onderzoek.

[1] Dit is de uitwerking van een interventie op een onderzocht persoon, dat uitsluitend te wijten is aan het feit dat deze aan een onderzoek meedoet. Je veranderd je uitkomsten (van post-consult vragen) door bepaalde vragen te stellen pre-consult.

2. Samenstellen van de vragenlijst

Na literatuuronderzoek werd duidelijk dat bestaande vragenlijsten (*2,*3, *4,) niet volledig geschikt waren voor onze onderzoeksvragen. Zo focuste geen enkele vragenlijst op specifieke RFE's bij het SOA-consult. De vragenlijst werd daarom zelf samengesteld met oog op het verkrijgen van direct meetbare antwoorden die de onderzoeksvragen al dan niet konden staven.

De praktische uitvoerbaarheid van het onderzoek speelde ook een grote rol bij het opmaken van de vragenlijst. De uitgebreidheid van de enquête stond in directe verbinding met de gespendeerde tijd, die we tot een kwalitatief minimum wilden herleiden. Zo werd geprobeerd om niet alleen zo veel mogelijke volledig ingevulde lijsten te bekomen maar ook om een vlotte werking in het studentengezondheidscentrum te bevorderen.

a. Samenstellen vanuit de literatuur en ervaringen

Vanuit de literatuur (cfr. Literatuurstudie) en onze ervaring bij de studentenartsen werden twee vragenlijsten samengesteld. De eerst lijst werd ingevuld pre-consult en focuste op inhiberende en drempelverlagende factoren om op SOA-consult te komen. De tweede vragenlijst werd post-consult ingevuld en focuste op communicatie. Deze tweede lijst valt echter buiten de scope van dit onderzoek.

De eerste vragenlijsten bestonden uit dertien epidemiologische vragen, elf pre-consult (o.a. gebaseerd op de "Patiënt Intentions Questionnaire" *2) vragen en elf post-consult vragen (o.a. gebaseerd op de "Expectations Met Questionnaire" *3, "Medical Interview Satisfaction Scale" *4). Ook de rest van onze literatuurstudie werd verwerkt in de vragenlijst.

b. Validering door experten

Na het creëren van de vragenlijsten werden deze eerst nog voorgelegd aan twaalf (huisarts-)experts op het vlak van SOA's en/of communicatie. Hieronder bevinden zich vier studentenartsen van KU Leuven (ervaren huisartsen die dagelijks geconfronteerd worden met SOA-consulten), vier experts/auteurs op het vlak van communicatie en vier experts/auteurs op het vlak van SOA's.

Na de eerste toetsing werd er ook samen met SENSOA (referentiecentrum voor SOA's) naar de lijsten gekeken. Uiteindelijk werden zes vragen uit de pre-consult-test geschrapt - voornamelijk door het Hawthorne-effect - en werden zes vragen aan de lijst toegevoegd. Aan de post-consult-test werden er vier geschrapt en terug toegevoegd. Uit de epidemiologische vragen werden er zeven vragen weggelaten.

c. Validering door test-patiënten

Als laatste stap werden de vragenlijsten (na de suggesties van de experts) voorgelegd aan vijf test-patiënten. Hun feedback resulteerde in enkele minimale aanpassingen.

3. *Afname van de vragenlijst (Fig. 1)*

Ondanks de gekende literatuur (*5) werd er toch gekozen voor een papieren enquête (in tegenstelling tot een digitale enquête) omdat de praktische haalbaarheid hiervan groter is.

In het Studentengezondheidscentrum waren er op dat moment vier vaste artsen en drie HAIO's werkzaam

Aan elke Nederlandstalige patiënt in het Studentengezondheidscentrum van KU Leuven werd gedurende een periode van zes weken (vanaf 19/10/2015) door de secretariaatsmedewerkers gevraagd om de (papieren) pre-consult vragenlijst in te vullen in de wachtzaal (de "pre" groep, de algemene Nederlandstalige praktijkpopulatie). De RFE's (Reasons For Encounter) ingevuld op de vragenlijst hadden geen enkele invloed op het verloop van de consultatie. Wanneer SOA's werden besproken tijdens het consult (naar aanleiding van de RFE of wanneer SOA's ter sprake kwamen tijdens het consult) werd de patiënt gevraagd om na het consult (in het consultatiebureau) de post-vragenlijst in te vullen, terwijl de arts die de vragenlijst afnam zich bezighield met andere taken buiten het consultatiebureel. Dit noemen we de "pre + post" of "consult"-groep. Indien geen SOA werd opgegeven als RFE werd er niet gevraagd om een tweede vragenlijst in te vullen. Bij negen patiënten echter werd er geen SOA als RFE ingevuld, maar deze patiënten kwamen uiteindelijk wel op SOA-consult. Zij werden ook in de consult-groep geplaatst.

De pre- en postvragenlijst van diegenen waarbij SOA's aan bod kwamen werden dan aan elkaar geniet, zodat we nadien de antwoorden van diegenen die op SOA-consult kwamen de pre- en postvragenlijst konden koppelen. De vragenlijsten die door patiënten werden ingevuld die niet op SOA-consult kwamen werden gewoon afgegeven op het bureau (de "pre"-groep, de algemene praktijkpopulatie).

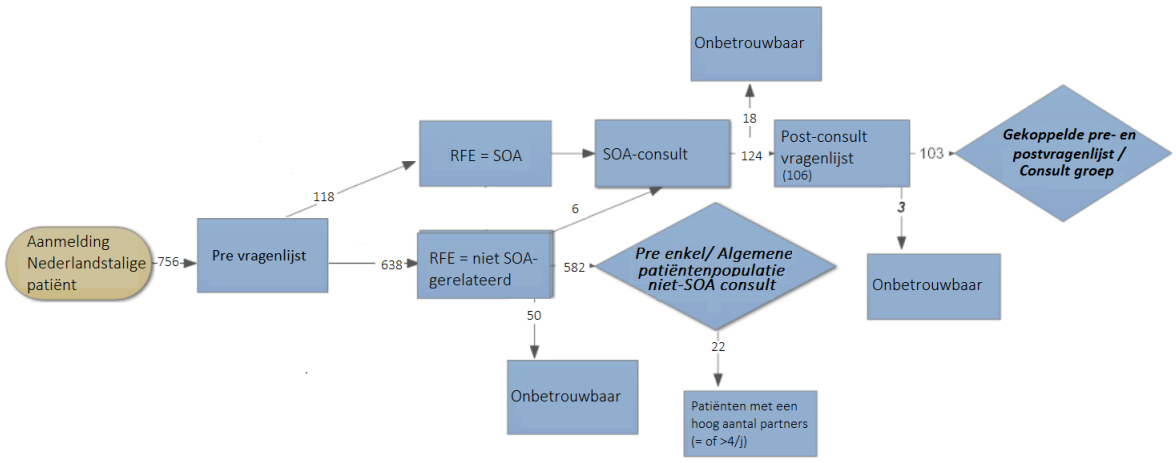


Fig. 1 Afname en verwerking van de vragenlijst

4. *Verwerking van de vragenlijst*

De vragenlijsten met onbetrouwbare antwoorden (bv. niet volledig ingevuld, incongruenties in de antwoorden) werden uit de analyse gelaten (cf. Figuur 1). Dit waren drie vragenlijsten in de gezamenlijke "pre- en postgroep" oftewel "consult-groep" , en vijftig in de "enkel pre-groep". Er werden ook achttien pre-vragenlijsten ingevuld door patiënten die op SOA-consult kwamen maar geen post-vragenlijst hadden ingevuld. Deze werden ook uit de verwerking gelaten.

Uit de "enkel pre-groep" werden de patiënten met een hoger aantal partners (= of >4/jaar) apart geanalyseerd.

Wanneer patiënten kruisjes tussen de antwoordmogelijkheden zetten in plaats van een cijfer op de schaal te omcirkelen, werden de resultaten naar onder afgerond.

5. Resultaten:

1. *Literatuuronderzoek*

Rond drempelverlagende en drempelverhogende factoren om op SOA-consult te komen is er reeds heel wat literatuur verschenen, echter nog maar weinig in de setting van een Studentenartsenpraktijk.

a. *Vragenlijsten i.v.m. RFE's*

In de literatuur vonden we de volgende vragenlijsten terug in verband met. RFE's: de "Patiënt Intentions Questionnaire" (*2, 34 vragen, deze werd toegepast op de pre-lijst), de "Expectations Met Questionnaire" (*3) en de "Medical Interview Satisfaction Scale 21" (*4, 21 vragen). Deze twee laatste lijsten werden toegepast op de post-consult vragenlijst die gebruikt werd om de communicatie te peilen. Dit onderzoek behoort toe aan mijn collega en valt dus buiten de scope van deze masterproef.

b. *Drempels en drempelverlagende factoren om op SOA-consult te komen. (Tabel 1)*

Men kan drempels en drempelverlagende factoren opdelen in verschillende onderdelen (Fig. 2, *6, *7). Dit lijkt mij echter een eerder simplistische voorstelling. Zo wordt hier geen rekening gehouden met bijvoorbeeld maatschappelijke factoren (stigmatisatie, peers,…,), terwijl dit wel reeds in de literatuur gekend is (Tabel 1, p 14). Voor symptomatische patiënten geldt dat de belangrijkste factoren die een vertraging in het zorg-zoekend gedrag veroorzaken, te wijten zijn aan patiënt gerelateerde factoren. Bij asymptomatische patiënten zijn vertragingen in de detectie voornamelijk te wijten aan factoren van de praktijk/arts en de organisatie van de gezondheidszorg. (*6, *8)

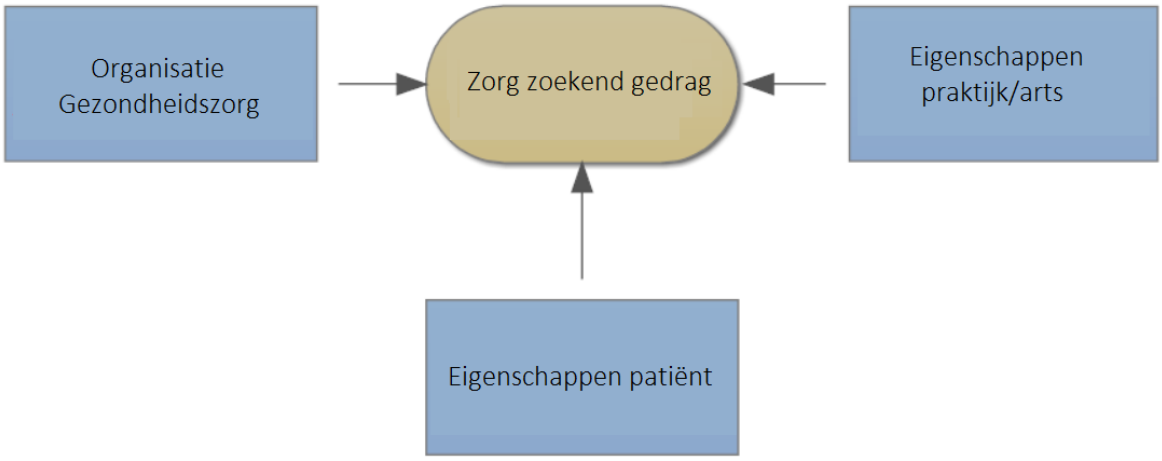


Fig. 2. Verschillende componenten die een rol spelen in "Zorg zoekend gedrag". (*6, *7)

b1. Symptomatische patiënten

De volgende patiëntgebonden factoren spelen een rol in (de vertraging in) zorg zoekend gedrag bij symptomatische patiënten: geslacht, economische status, risico herkenning, risico perceptie, symptoom herkenning, stigma, mate van routineus contact met medische zorg, kennis van behandelingsopties, blootstelling aan een vroeger SOA-consult en uiteraard kennis en bewustzijn van SOA's (*6, *9, *10). Een voorstelling voor het zorg-zoekend gedrag bij symptomatische patiënten kan men zien in Fig. 3.

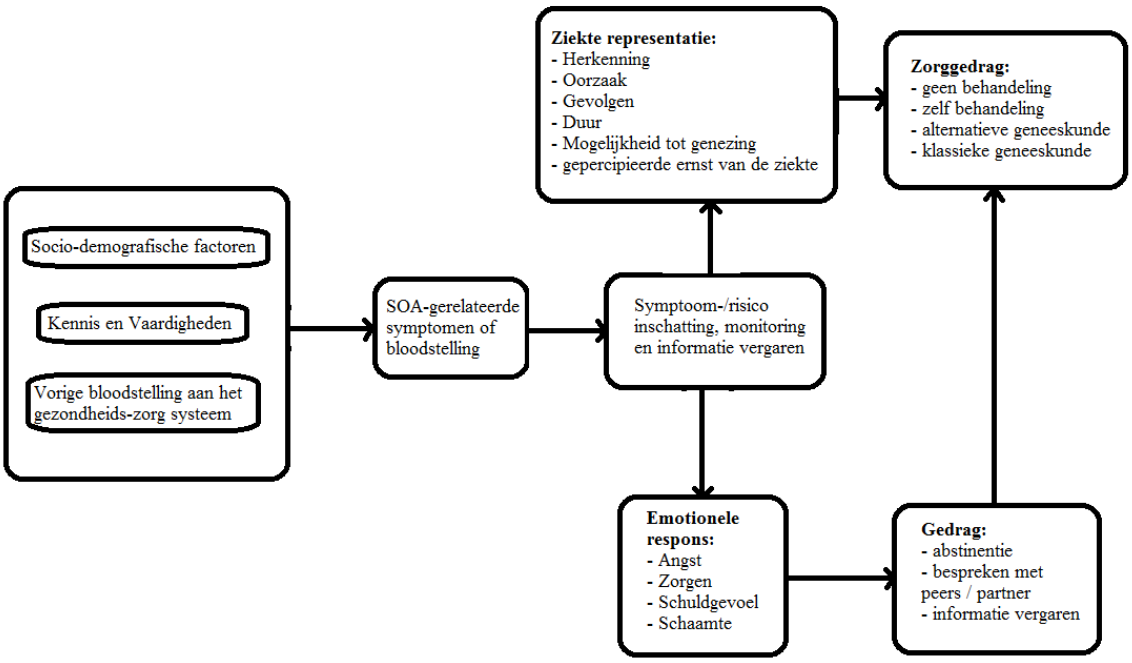


Fig. 3. Voorstelling van het zorg zoekend gedrag bij een symptomatische patiënt. (*11)

Vertraging in het zoeken naar zorg speelt een grote rol in de overdracht van SOA's en een grotere kans op sequelen. In een Nederlandse studie vond men dat 27% van de patiënten meer dan 4 weken wachtten na het krijgen van symptomen om medische hulp te zoeken. (*12)

Stigmatisatie blijkt een belangrijke barrière te zijn om medische hulp te zoeken (*13). Door stigmatisatie zal de patiënt grijpen naar quasi-medisch gedrag (zelf-behandeling, traditionele geneeskunde, gebruik van OTC medicatie). Stigmatisatie leid ook naar inhibitie of angst om medische zorg te zoeken of de seksuele partners te verwittigen(*13). In een Nederlandse studie die zocht naar de redenen om niet te kiezen voor de gewoonlijke zorgverstrekker vond men dat onprofessioneel gedrag en schaamte de twee grootste factoren waren. (*14)

Godin et al (*15), bestudeerden de intenties van 1617 universiteitsstudenten om medische zorg te zoeken wanneer klachten aan een SOA werden gelinkt door de studenten zelf. De volgende factoren werden gelinkt aan consult-zoekend gedrag: de gepercipieerde voordelen, de toegankelijkheid om op consult te komen, de sociale norm onder vrienden om snel medische hulp te zoeken, leeftijd (oudere studenten), en geslacht (vrouwen gingen sneller op consult dan mannen, *15).

In een Zuid-Afrikaanse studie van Meyer-Weitz et al (*16) onderzocht men in een populatie van 292 (symptomatische) adolescenten wat de determinanten waren voor vroegtijdig contact met de gezondheidszorg. De determinanten waren de volgende: gepercipieerde ernst van de SOA, afwezigheid van zelf-behandeling en een positieve attitude tegenover autonoom condoomgebruik (*16).

In een Unesco-studie (*17) onderzocht men het gezondheids-zoekend gedrag van MSM (Man Seks met Man) en transgender individuen. In het algemeen kon men stellen dat er enkel medische hulp werd gezocht wanneer men symptomatisch was of voor (asymptomatische) HIV-testing (door gepercipieerd risico, angst en zelden door symptomen die door de patiënt werden gelinkt aan HIV-infectie). In de keuze voor een zorgverstrekker vermeldden de patiënten als drempelverlagende determinanten vooral vertrouwenswaardig en geloofwaardigheid van de instelling. Deze determinanten waren vaak gelinkt aan confidentialiteit, privacy en een persoonlijke connectie (de arts privé kennen), vertrouwd met de praktijk. Andere vaak voorkomende drempelverlagende determinanten waren: betrokkenheid in een onderzoeksproject (met compensatie), beschikbaarheid van een groep-specifieke dienst (voor MSM en transgenders). Op de vraag of er enige drempels waren voor gezondheidszorg antwoordden de participanten spontaan het volgende: onhandige openingsuren, lange wachttijden en gebrek aan vertrouwen in de confidentialiteit en privacy en onrespectvolle zorgverleners. Wanneer specifiek werd gevraagd naar verschillende aspecten van de zorgverlening kwamen de volgende onderwerpen aan bod: locatie en personeel. Over de locatie werden aangehaald: te veel volk in de wachtzaal, weinig privacy,

gebrek aan verschillende faciliteiten voor MSM en transgenders. Over het personeel werd aangehaald: slechte manieren en attitudes naar de patiënten. Een kleine minderheid van de patiënten weigerde verdere hulp in de praktijk waar ze kwamen om verschillende redenen: hoofdzakelijk onvriendelijke zorgverstrekker, lange wachtrijen en (perceptie van) weigering van de zorgverstrekker om hulp te bieden. Andere onderwerpen die aan bod kwamen waren: locatie van het gebouw, de kosten, kwaliteit en toegang tot zorg en aanvullende informatie. De antwoorden die men gaf op de onderwerpen waren verder weinig relevant voor ons onderzoek.

Samenvattend (Tabel 1) kunnen we stellen dat voor symptomatisch patiënten de volgende factoren als drempelverlagend gelden: sociaal (norm onder peers om medische hulp te zoeken); arts/praktijk gebonden factoren (toegankelijkheid van zorg, geloofwaardigheid/vertrouwenswaardigheid van de instelling, beschikbaarheid van groep-specifieke dienst (VSV, MSM, transgender)) en patiëntgebonden factoren (gepercipieerde voordeel, oudere leeftijd, vrouwelijk geslacht, kennis, hoge risico-perceptie). De volgende factoren gelden als drempelverhogend: sociaal (stigmatisatie), arts/praktijk gebonden (slechte openingsuren, lange wachttijden, gebrek aan vertrouwen/privacy/confidentialiteit, onprofessioneel/onrespectvol gedrag) , patiëntgebonden (schaamte, jongere leeftijd, mannelijk geslacht).

	Sociaal	Praktijk/arts	Patiënt
Drempelverlagend	Norm onder peers om medische hulp te zoeken	toegankelijkheid van de zorg	gepercipieerde voordeel
		geloofwaardigheid/vertrouwenswaardigheid van de instelling	oudere leeftijd
		beschikbaarheid van groep-specifieke diensten (VSV, MSM, transgender)	vrouwelijk geslacht
			kennis
			hoge risico-perceptie
Drempelverhogend	stigmatisatie	slechte openingsuren	schaamte
		lange wachttijden	jongere leeftijd
		gebrek aan vertrouwen/privacy/confidentialiteit	mannelijk geslacht
		onprofessioneel of onrespectvol gedrag	Schaamte

Tabel 1 Drempelverlagende en drempelverhogende factoren bij symptomatische patiënten

b2. Asymptomatische patiënten

Voor asymptomatische patiënten zijn vertragingen in de detectie voornamelijk te wijten aan factoren van de praktijk/arts en de organisatie van de gezondheidszorg. (*6, *8) Patiënten

voelen zich in het algemeen wel comfortabel bij het bespreken van SOA's, dit level van comfort wordt nog groter als ze weten dat hun arts interesse en/of kwalificatie heeft op het gebied van seksuele gezondheid (*18).

Ook Baker et al (*18) vonden factoren die een rol spelen voor patiënten bij het bespreken van SOA's. Bereidheid om zaken te bespreken vergrootte of bleef gelijk wanneer de arts de tijd neemt om zaken uit te leggen of een goede luisteraar is. Meer patiënten zijn bereid om SOA's te bespreken als ze een nieuwe patiënt zijn, onafhankelijk van de leeftijd en/of geslacht van de arts. Een minderheid van patiënten zijn dan weer geneigd om SOA's te bespreken met een arts die ze juist sociaal kennen. Een nieuwe partner blijkt ook een motivator tot SOA-testing. Patiënten blijken niet beschaamd wanneer SOA-testing wordt aangehaald tijdens een consultatie losstaande van seksuele gezondheid. Afhankelijk van de omstandigheid is het bespreken van SOA's wanneer ouders of partner erbij zijn geen probleem voor de meeste patiënten. Posters en flyers in de wachtkamer bleken in dit onderzoek geen effect te hebben op het comfort-level van de patiënten. (18*)

De attitudes van mannen tegenover chlamydia-screening worden beïnvloed door verschillende factoren (*19, Balfe et al.): kennis over infectie, de gepercipieerde kwetsbaarheid voor infectie, de graad van schaamte en het stigma dat ze associëren met screening. Mannen verkiezen urinaire testing voor chlamydia en willen gescreend worden door niet-oordelende professionelen.

Samenvattend kunnen we stellen dat voor asymptomatische patiënten de volgende factoren als drempelverlagend worden beschouwd: arts/praktijk specifiek (interesse in/kwalificatie op het vlak van SOA's, goede luisteraar, tijd nemen om zaken uit te leggen), patiënt-specifiek (nieuwe patiënt in de praktijk, nieuwe partner).

b3. Andere drempels

De meeste patiënten hebben liefst dat de partner(s) bij een positief testresultaat rechtstreeks door de patiënt zelf wordt verwittigd (*20, Apoola et al.) Slechts een minderheid van de patiënten verkiest een onrechtstreekse methode (brief > telefoon/sms/email) door de arts. Echter patiënten met een gemakkelijke toegang tot mobiele telefoons, private email en private post blijken geen voorkeur te hebben voor een methode. Wanneer partners door een zorgverstrekker gecontacteerd worden verkiezen ze de boodschap te krijgen dat ze op consultatie zouden moeten gaan bij de huisarts, eerder dan de boodschap dat ze een SOA hebben.

Studie	Bevorderende factoren	inhiberende factoren	geen effect
Ndula F. et al,	Vrouwelijk geslacht		

Adler MW, Aral SO et al			
	hoge sociaal-economische status		
	hoge risico-perceptie		
	symptoomherkenning		
	routineus contact met zorg		
	Kennis van behandelingsopties		
	Vroeger SOA-consult		
	Kennis en bewustzijn van SOA's		
Fortenberry JD et al		Stigmatisatie	
Leenaars PE et al.		Onprofessioneel gedrag	
		Schaamte	
Baker et al	Niewe Patiënt > gekende patiënt		Bespreken SOA tijdens niet-SOA consult
	Nieuwe partner		Ouders/partner mee op consultatie (afhankelijk van de situatie)
	Arts heeft kennis/kwalificatie op gebied van seksuele gezondheid		Posters en flyers
	De arts zal tijd nemen om uit te leggen/te bespreken/goede luisteraar		De arts zal tijd nemen om zaken uit te leggen/te bespreken/ is een goede luisteraar
Balfe et al (attitudes t.o.v. Chlamydia-screening bij mannen)	Goede kennis van SOA's	Schaamte	
	Hoge gepercipieerde kwetsbaarheid	Stigmatisatie	
	Urinaire testing		
	Niet-oordelende professionals		
Apoola	Pt verwittigd partner > Arts verwittigd partner		
Godin	Gepercipieerde voordelen	Mannelijks geslacht	
	Toegankelijkheid om op consult te komen	Jongere leeftijd	
	Sociale norm onder vrienden om snel medische		

	hulp te zoeken		
Meyer-Weitz et al (Zuid-Afrika, symptomatische patiënten)	Grote gepercipieerde ernst van SOA	Zelfbehandeling	
	Positieve houding naar autonoom condoomgebruik		
Unesco (MSM's en transgenders)	Symptomatisch, tenzij voor HIV-testing	Lage confidentialiteit	
	Gepercipieerd risico	Weinig privacy	
	Angst voor SOA	Slechte openingsuren	
	Vertrouwenswaardig- en geloofwaardigheid van de instelling/zorgverstrekker	Lange wachttijden	
	Privé-contact met arts	Onrespectvolle houding van personeel	
	Vertrouwdheid met de praktijk	Slechte locatie	
	Betrokkenheid in onderzoeksproject (met compensatie)	Hoge kosten	
	Beschikbaarheid van groep-specifieke dienst (MSM en transgender)	Slechte kwaliteit van zorg	

Tabel 1. Overzicht van de gekende inhiberende/bevorderende factoren per studie gegroepeerd (verschillende factoren komen terug in verschillende studies).

c. Computer-geassisteerd of pen en papier?

Spark (*5) onderzocht hoe volledig papieren versus computer-geassisteerde vragenlijsten i.v.m. SOA's werden ingevuld. Men zag dat vragenlijsten via de computer vollediger werden ingevuld dan de papieren vragenlijsten.

2. Resultaten uit de vragenlijst

a. Patiënt-karakteristieken bij de consult-groep

In de periode dat onze studie liep werden in totaal 103 SOA-consulten gehouden waarbij de pre- én post-vragenlijst betrouwbaar ingevuld werden. Tevens werden er 18 pre-vragenlijsten ingevuld door mensen die op SOA-consult kwamen zonder dat er een post-vragenlijst werd ingevuld. Deze vragenlijsten verwerkten we niet in de analyse. Van de 103 patiënten die op SOA consult kwamen was 40% mannelijk en 60% vrouwelijk. De leeftijdsspreiding zat tussen 18 en 27 jaar. Het aantal partners in het afgelopen jaar varieerde tussen 0 en 20 (met 91% tussen 1 en 5). Mannen hadden gemiddeld 4 partners in het afgelopen jaar en vrouwen 2,4. 36% van de patiënten had een vaste relatie. 64% had geen vaste relatie. De grote meerderheid (95%) was heteroseksueel, 2 patiënten waren VSV's

(vrouw seks met vrouw) en 4 waren MSM's (man seks met man). 5 vrouwen en 1 man kwamen oorspronkelijk niet op consult voor een soa, doch SOA's kwamen ter sprake tijdens hun consulten en vulden dus ook de post-consult vragenlijst in. 42% van de patiënten was reeds op SOA-consult geweest in het verleden.

b. Patiënt-karakteristieken in de algemene praktijkpopulatie

Tijdens onze studieperiode werd de vragenlijst betrouwbaar ingevuld door 582 patiënten (cf. Fig. 1) die op niet-SOA consult kwamen, waarvan 32 % mannen en 68% vrouwen met een leeftijdsspreiding tussen 18 en 38 jaar (het gros wederom tussen 18 en 25 jaar). De grote meerderheid was wederom heteroseksueel, 41 patiënten waren nog niet seksueel actief, 13 MSM's, 10 VSV's, 3 biseksuele patiënten en 5 vrouwen die seksuele contacten hadden met "Anderen" (werd niet verder gespecifieerd). 21% van de patiënten in onze praktijk was reeds op SOA-consult geweest.

22 patiënten uit de pool van 582 patiënten had =/> 4 partners/jaar. Op deze subgroep werd een aparte analyse gedaan.

c. Reason(s) For Encounter

Onder de patiënten die oorspronkelijk voor een SOA kwamen waren 29% van de mensen die "voor de zekerheid" wensten getest te worden, 17% kwam naar aanleiding van een recent onveilig seksueel contact en klachten van een SOA, 11% kwam naar aanleiding van een recent onveilig seksueel contact en "voor de zekerheid", 10% van de patiënten kwamen omdat ze klachten hadden van een SOA, 6% kwamen omwille van andere redenen (voornamelijk: nieuwe partner). 28% van de patiënten vulden nog een andere combinatie in (cfr. Fig. 4).

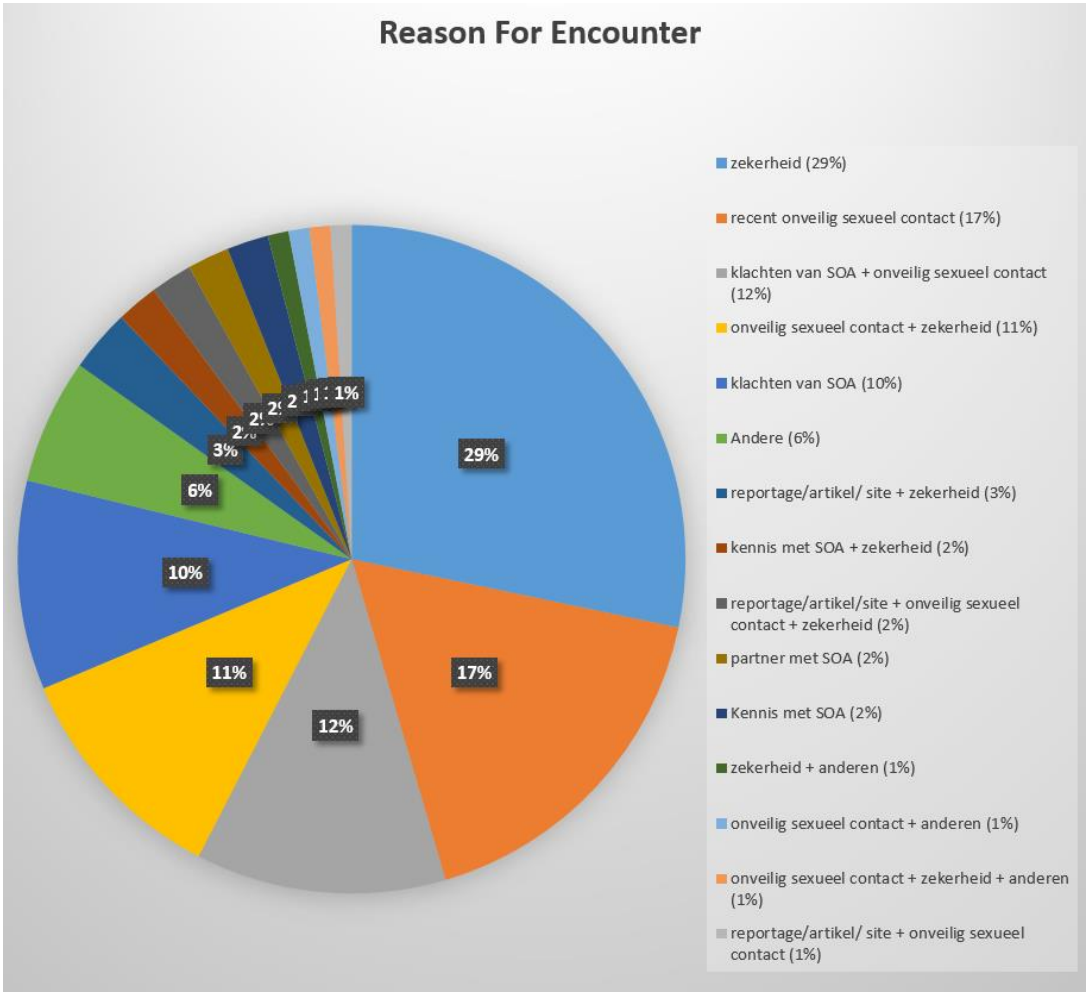


Fig. 4. Reason For Encounter bij de patiënten die doelbewust op SOA consult kwamen. N = 99

d. Belemmerende en drempelverlagende factoren

103 patiënten in de consult-groep ("prepost") en 582 patiënten in de algemene populatie ("pre") quoteerden de drempel verlagende/verhogende factoren om op consult te komen van 1 tem 10 (1 zeer belemmerend; 2 behoorlijk belemmerend; 3 belemmerend; 4 beetje belemmerend; 5 speelt geen rol; 6 beetje drempel verlagend; 7 drempel verlagend; 8 behoorlijk drempelverlagend; 9 zeer drempelverlagend ; 10 niet van toepassing).

In onderstaande figuren staan de verschillende antwoorden van de algemene praktijkpopulatie in vergelijking met de mensen die op SOA-consult geweest zijn (Fig. 5 t.e.m. 16). We vergeleken ook de patiënten met de meeste contacten (4 of meer seksuele partners op een jaar, N = 22) met de algemene praktijkpopulatie.

In Figuur 5a en 5b zien we de quotering voor "de arts in een ongekende arts". In de algemene populatie had 30 % geen mening, een kleine 30 % vond dit item drempelverhogend en 40% vond een ongekende arts drempelverlagend. Bij de patiënten die op SOA-consult kwamen had 42 % geen mening, 7% vond dit item drempelverhogend en een

meerderheid (51%) vond een onbekende arts drempelverlagend. Bij de patiënten met een hoog aantal partners had 35 % geen mening, 4% vond een onbekende arts drempelverhogend en een ruime meerderheid (61%) vond dit drempelverlagend.

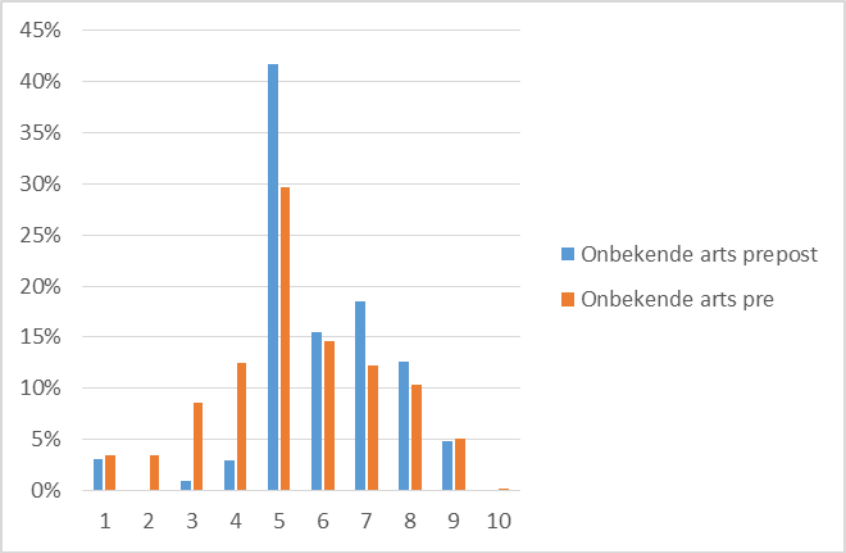


Fig. 5a Quotering voor "De arts is een ongekende arts" Voor deze en volgende figuren geldt: 1 zeer belemmerend; 2 behoorlijk belemmerend; 3 belemmerend; 4 beetje belemmerend; 5 speelt geen rol; 6 beetje drempel verlagend; 7 drempel verlagend; 8 behoorlijk drempelverlagend; 9 zeer drempelverlagend ; 10 niet van toepassing. Tevens geld : Blauw: de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum

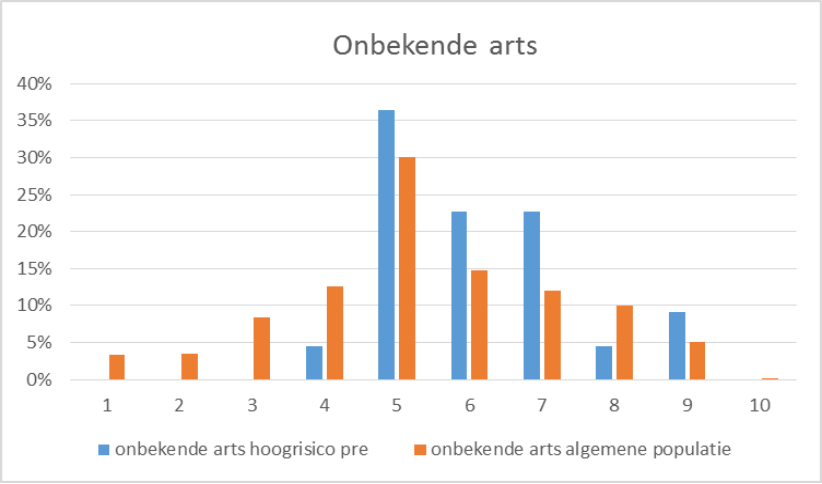
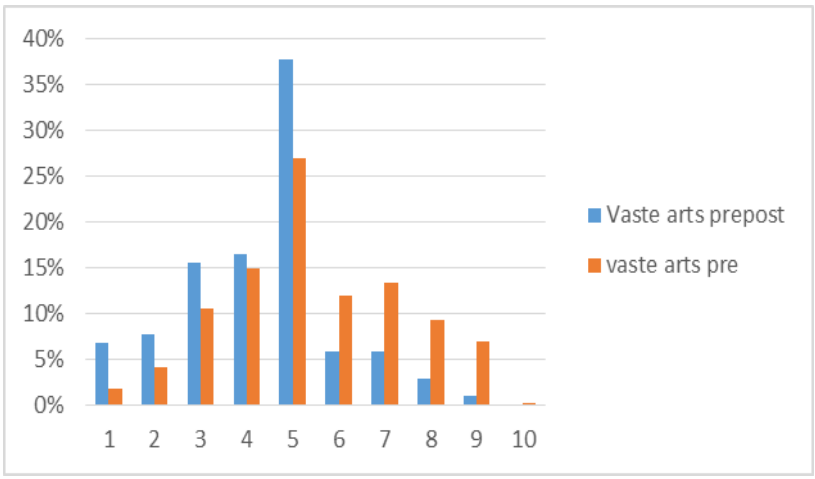


Fig 5b. Quotering voor "De arts is een ongekende arts" met betrekking tot de hoog-risicopatiënten (blauw) i.v.m. de algemene patiëntenpopulatie van de praktijk (oranje).

Fig. 6a en 6b tonen de quotering voor "de arts is mijn vaste arts". In de algemene populatie had 26% geen mening, 31% vond een vaste arts drempelverhogend en 43% vond een vaste arts drempelverlagend. Bij de patiënten die op SOA-consult kwamen had 38% van de patiënten geen mening, 46% vond dit item drempelverhogend en 16% vond een vaste arts drempelverlagend. Bij de patiënten met een hoog aantal partners had 36% geen mening,

42 % vond dat een vaste arts drempelverhogend was en 22% vond dit item drempelverlagend.



de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum

Fig. 6a Quotering voor “De arts is mijn vaste arts”. Blauw:

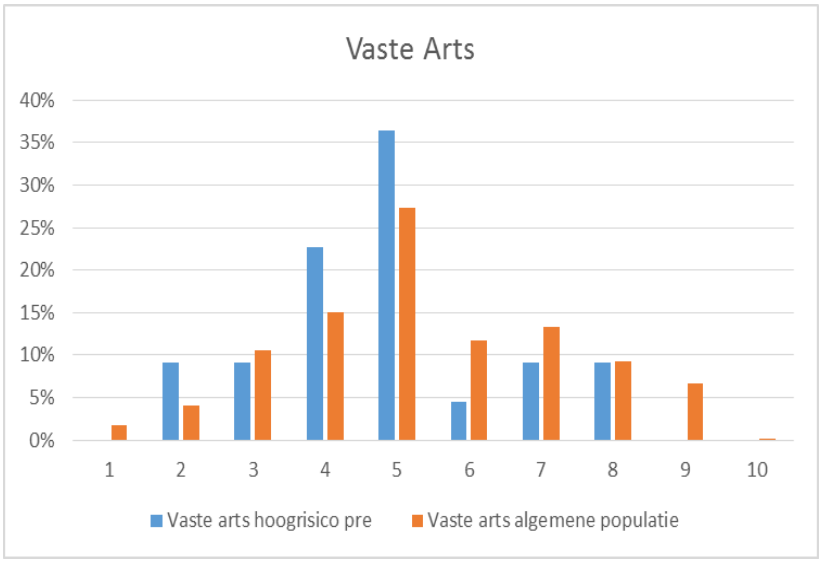


Fig 6b. Quotering voor “De arts is mijn vaste arts”. met betrekking tot de hoog-risicopatiënten (blauw) i.v.m. de algemene patiëntenpopulatie van de praktijk (oranje)

Fig. 7 en 8 tonen de quotering bij vrouwelijke patiënten voor respectievelijk een mannelijke of een vrouwelijke arts. In de algemene populatie had 35% geen mening, amper 4% vond een mannelijke arts drempelverlagend, en een overgrote meerderheid van 61% ervaarde dit als drempelverhogend. 26% van de patiënten die op SOA-consult kwamen hadden geen mening, 4% quoteerden dit item als drempelverhogend en 70% vond een mannelijke arts drempelverhogend. 33% in de algemene populatie had geen mening wanneer ze quoteerden voor een vrouwelijke arts, 4% vond dit item drempelverhogend en 63% vond een vrouwelijke arts drempelverlagend. Bij de patiënten die op SOA-consult kwamen had 24% geen mening, 17% vond dit item drempelverhogend en 59% vond een vrouwelijke arts drempelverlagend.

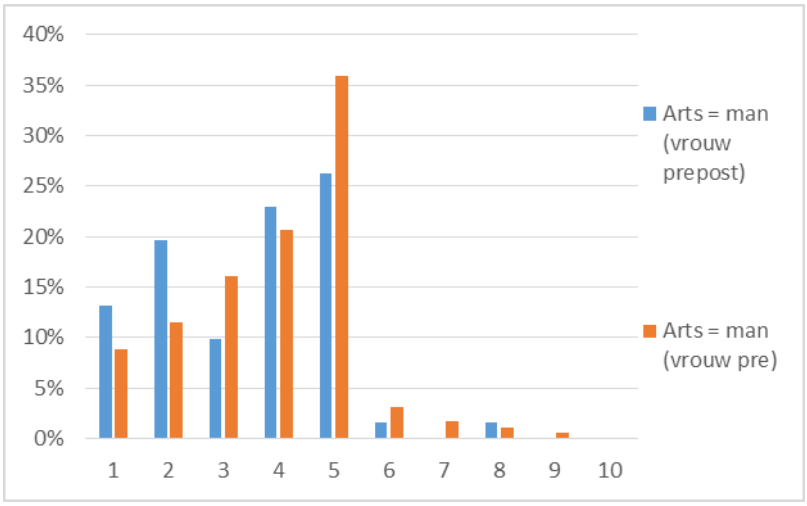


Fig. 7 Quotering bij vrouwen voor "De arts is een man". Blauw: de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum.

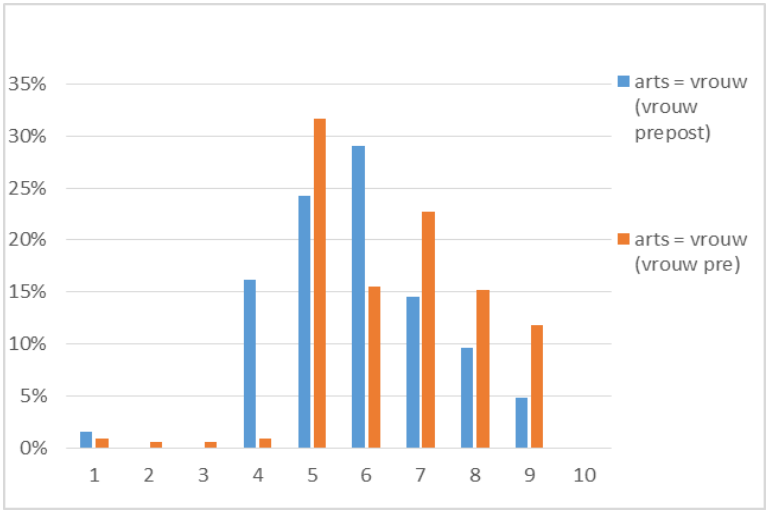


Fig. 8 Quotering bij vrouwen voor "De arts is een vrouw". Blauw: de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum.

Fig. 9 en 10 tonen de quotering bij mannelijke patiënten voor een mannelijke, respectievelijk vrouwelijke arts. In de mannelijke praktijkpopulatie had 58% van de mannen geen mening, 9% vond dat een mannelijke arts eerder drempelverhogend was en 33% vond dat een mannelijke arts drempelverlagend was. Bij de mannelijke patiënten die op SOA-consult kwamen had 30% geen mening, 48% vond een mannelijke arts drempelverhogend en 22% vond dit item drempelverlagend. Bij het item vrouwelijke arts had 58% van de mannelijke praktijkpopulatie geen mening, 19% vond dit item drempelverhogend.

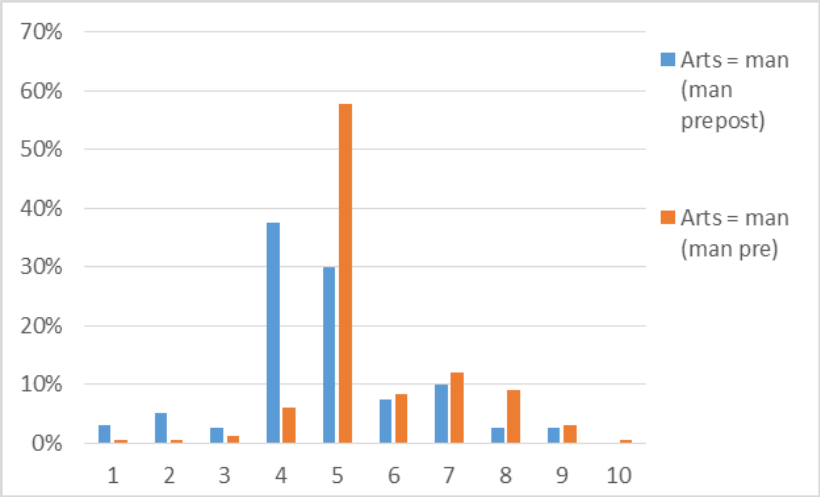


Fig.9 Quotering bij mannen voor "De arts is een man". Blauw: de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum.

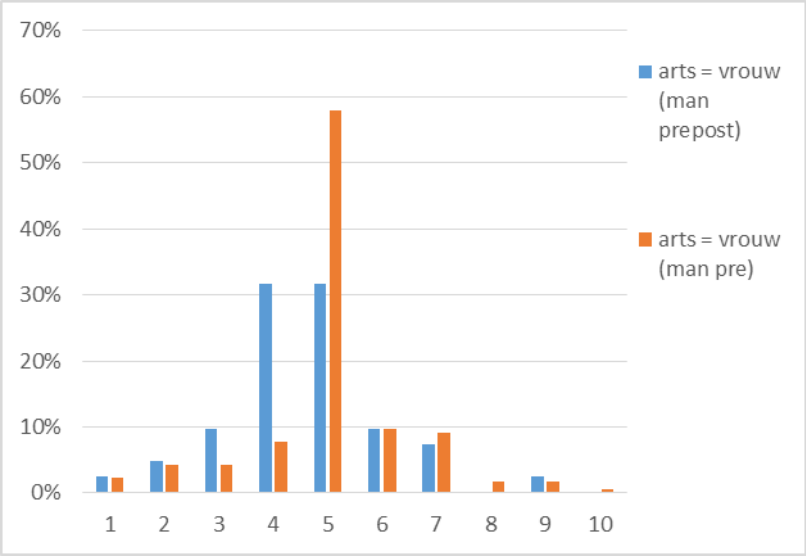


Fig. 10 Quotering bij mannen voor "De arts is een vrouw". Blauw: de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum.

Fig. 11a en 11b tonen de quotering voor een online afsprakensysteem. In de algemene patiëntenpopulatie had 30% geen mening op dit item, 3% vond dit item drempelverhogend en 67% vond dit item drempelverlagend. Bij de patiënten die op SOA-consult kwamen had 18% geen mening over dit item, 8 % vond dit drempelverhogend en 74% vond een online afsprakensysteem drempelverlagend. Bij de patiënten met een hoog aantal partners had 9% geen mening, 0% vond dit item drempelverhogend en 91% vond een online afsprakensysteem drempelverlagend.

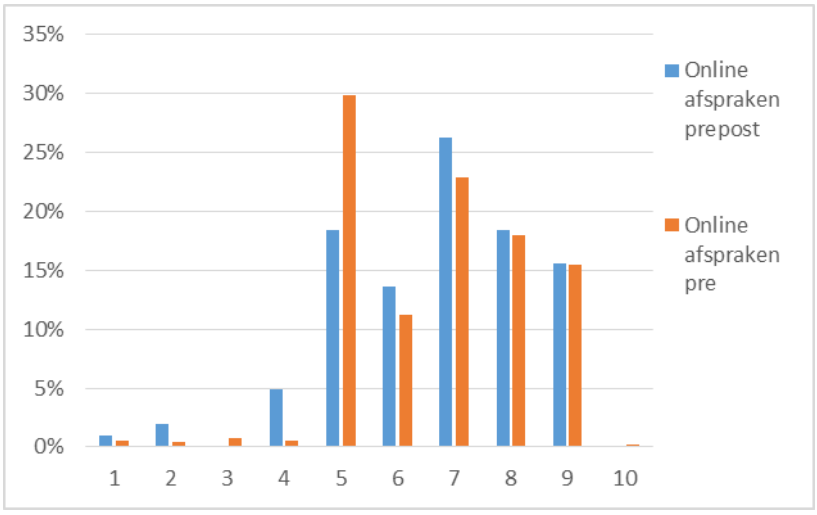


Fig. 11a Quotering voor "Er is een online afsprakensysteem". Blauw: de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum.

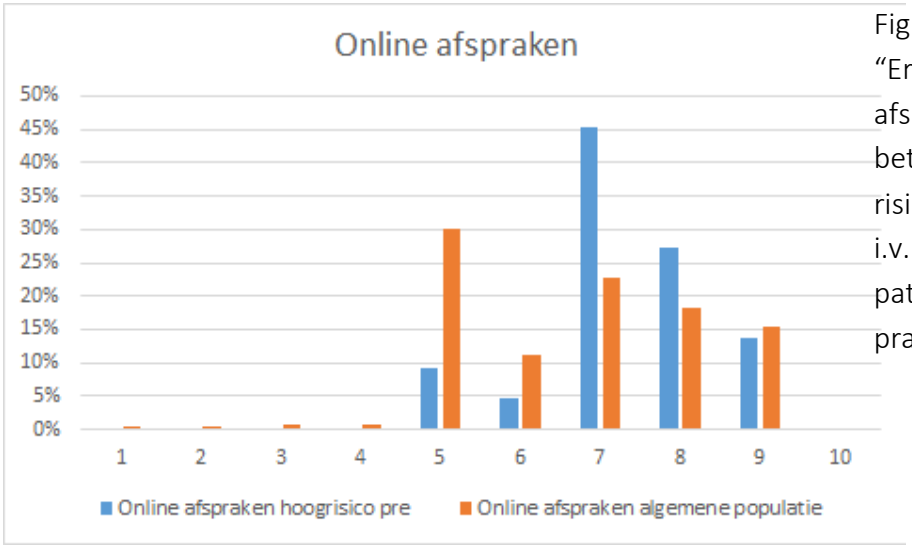


Fig. 11b Quotering voor "Er is een online afsprakensysteem" met betrekking tot de hoog-risicopatiënten (blauw) i.v.m. de algemene patiëntenpopulatie van de praktijk (oranje)

Fig. 12a en b tonen de quotering voor een telefonisch afsprakensysteem. In de algemene patiëntenpopulatie had 42% geen mening op dit item, 39% vond dit item drempelverhogend en 19% vond dit item drempelverlagend. Bij de patiënten die op SOA-consult kwamen had 28% geen mening, 55% vond dit item drempelverhogend en 17% vond een telefonisch afsprakensysteem drempelverlagend. Bij de patiënten met een hoog aantal partners had 31% geen mening, 40% vond dit item drempelverhogend en 29% vond een telefonisch afsprakensysteem drempelverlagend.

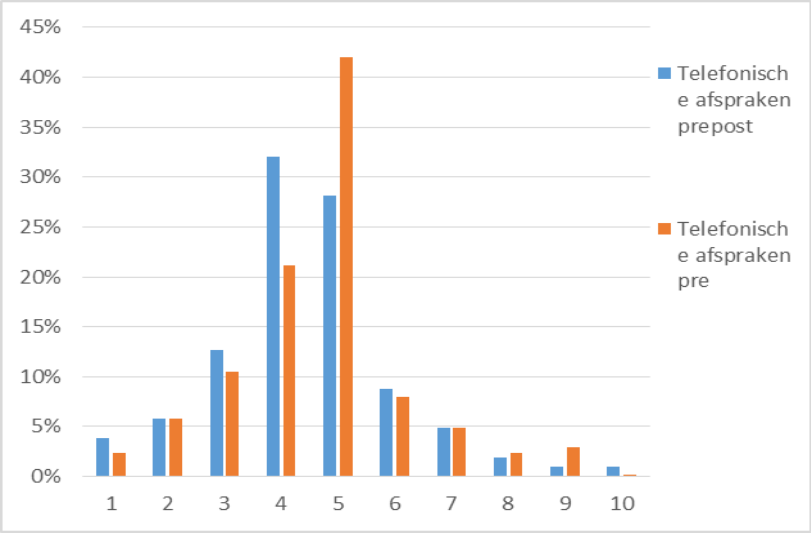


Fig. 12a Quotering voor "Er is een telefonisch afspraken systeem". Blauw: de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum.

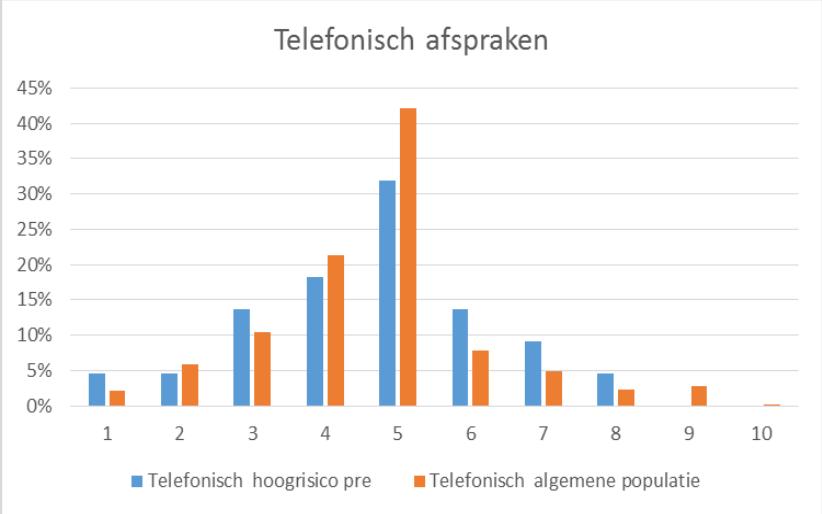


Fig. 12b Quotering voor "Er is een telefonisch afspraken systeem" met betrekking tot de hoog-risicopatiënten (blauw) i.v.m. de algemene patiëntenpopulatie van de praktijk (oranje).

Fig. 13a en b tonen de quotering voor patiënten die "reeds op SOA-consult" geweest zijn. In de algemene praktijkpopulatie was 53% nog nooit op SOA-consult geweest, 18% had geen mening , 5% vond dit item drempelverhogend , 24% vond dit item drempelverlagend. Bij de patiënten die op SOA-consult kwamen was er 49% die nog nooit op SOA consult geweest was, 22% had geen mening, 4% vond dit item drempelverhogend en 25% vond een voorgeschiedenis van SOA-consult drempelverlagend.

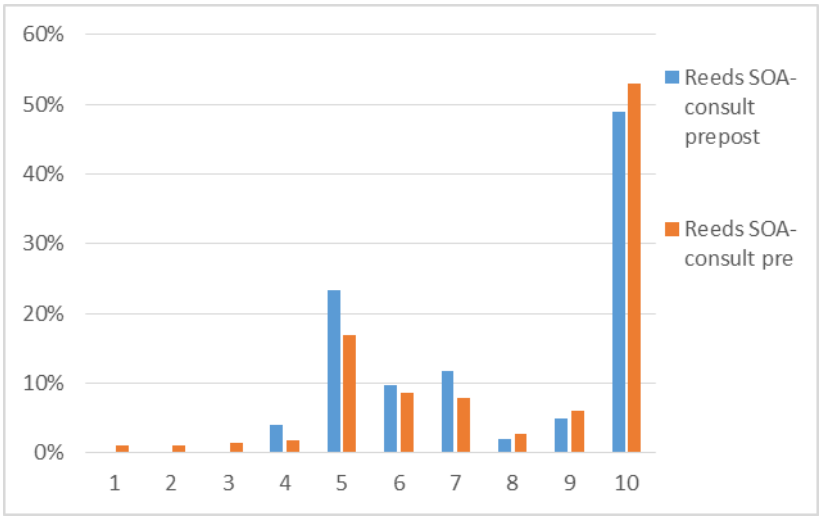


Fig. 13a Quotering voor "Ik ben reeds op SOA-consult geweest" Blauw: de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum.

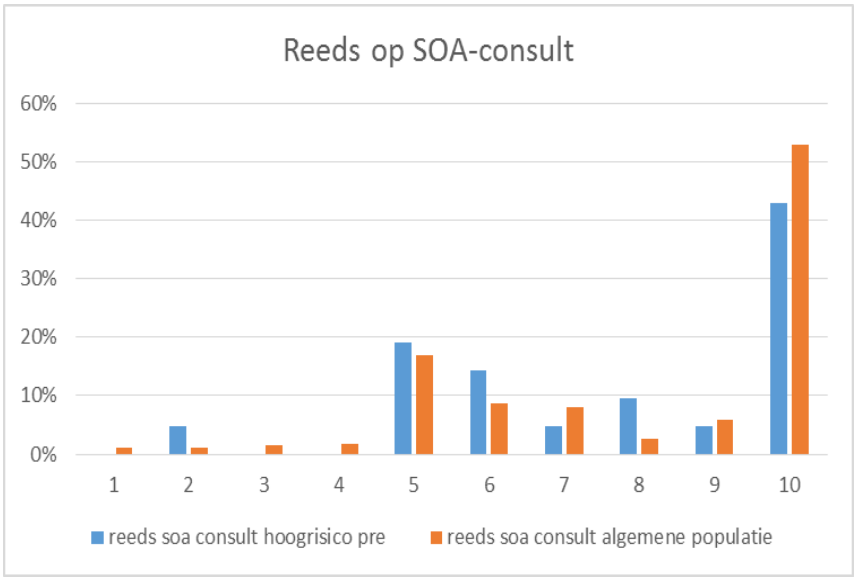


Fig. 13b Quotering voor "Ik ben reeds op SOA-consult geweest" met betrekking tot de hoog-risicopatiënten (blauw) i.v.m. de algemene patiëntenpopulatie van de praktijk (oranje).

Fig. 14a en 14b tonen de quotering voor "de kennis van hoe men de SOA's test". In de algemene praktijkpopulatie vond 2% dat ze geen kennis hadden over de testing, 19% had geen mening op dit item, 17% vond dit item drempelverhogend en 62% vond kennis over testing drempelverlagend. Bij de patiënten die op SOA-consult kwamen vond 3% dat ze geen kennis hadden over de testing op SOA's, 30% had geen mening, 24% vond dit item drempelverhogend en 43% vond dit item drempelverlagend. Bij de patiënten met een hoog aantal partners had 18% geen mening, 27% vond dit item drempelverhogend en 45% vond dit item drempelverlagend.

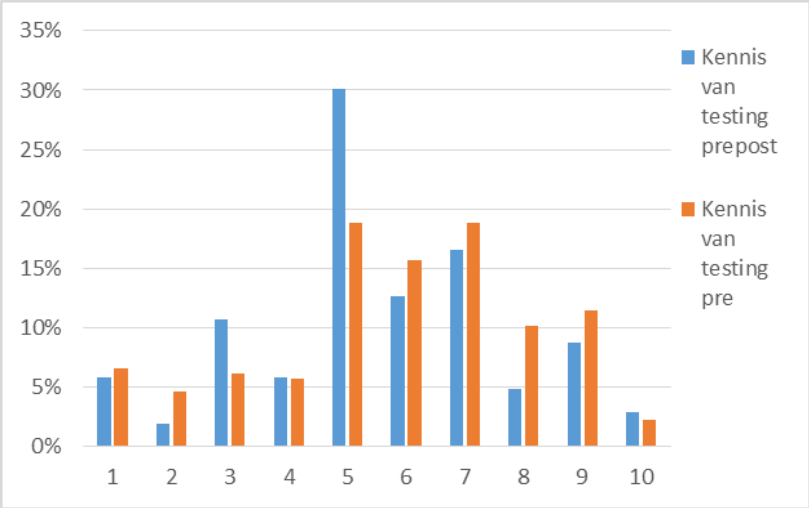


Fig. 14a Quotering voor "Ik weet al op welke manier en op wat er allemaal getest wordt" . Blauw: de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum.

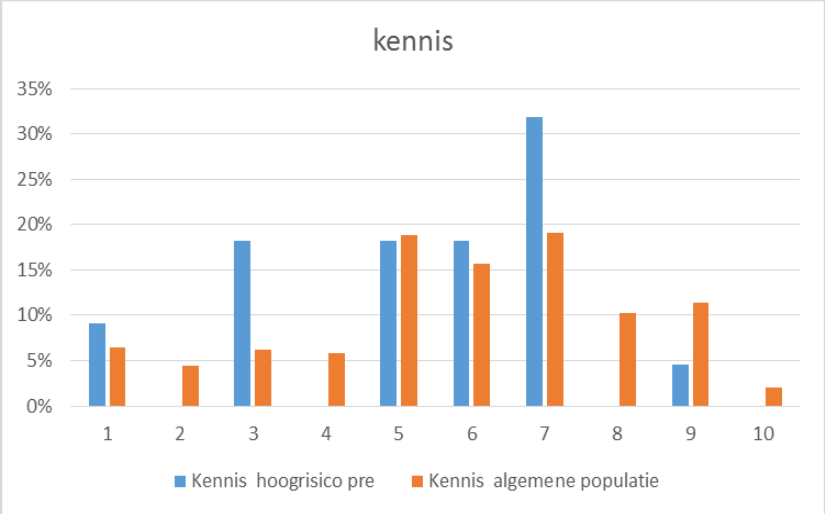


Fig. 14b Quotering voor "Ik weet al op welke manier en op wat er allemaal getest wordt" met betrekking tot de hoog-risicopatiënten (blauw) in vergelijking met de algemene patiëntenpopulatie van de praktijk (oranje).

Fig. 15a en b tonen de quotering voor "het bespreken van SOA's met familie/vrienden/partner". Bij de patiënten uit de algemene praktijkpopulatie was er 21% van de patiënten zonder mening, 14% vond dit item drempelverhogend, 59% vond dit item drempelverlagend en 6 % had dit met niemand besproken. Bij de patiënten die op SOA-consult kwamen had 21% geen mening, vond 14% dit item drempelverhogend, vond 59% het drempelverlagend en had opnieuw 6% dit met niemand besproken. Bij de patiënten met een hoog aantal partners was er 19% zonder mening, 24% vond dit item drempelverhogend en 57% vond dit item drempelverlagend.

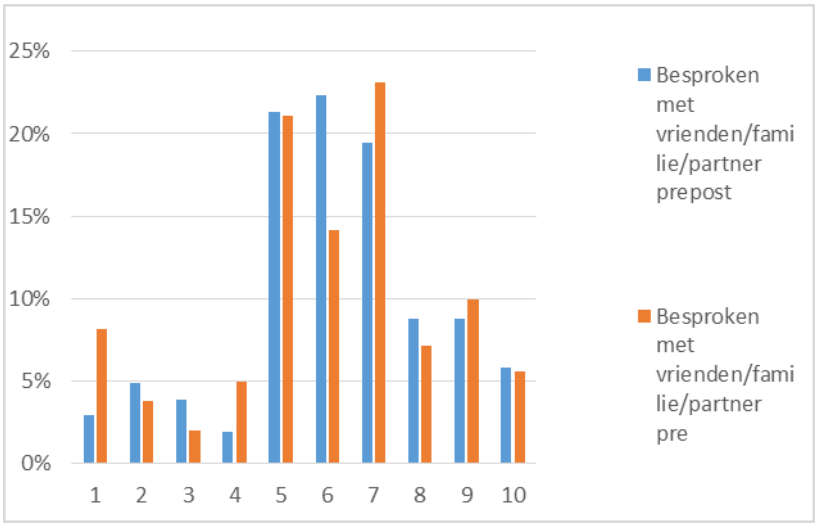


Fig. 15a Quotering voor "Ik heb het reeds besproken met familie / vrienden / partner". Blauw: de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum

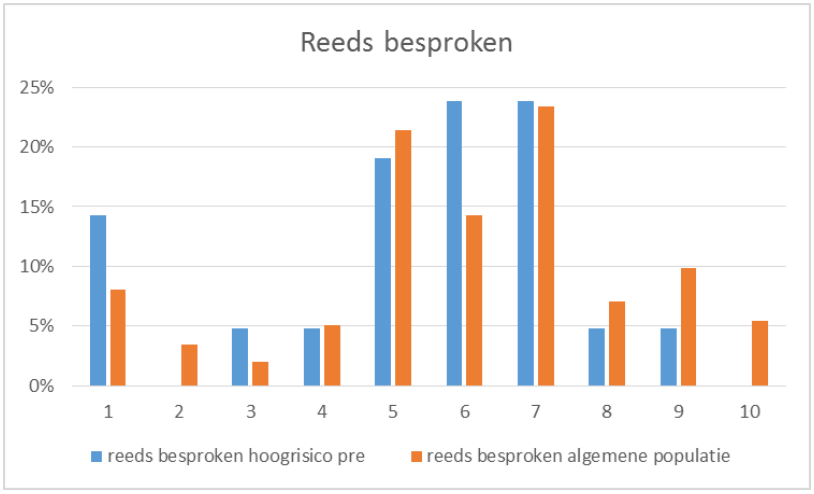


Fig. 15b Quotering voor "Ik heb het reeds besproken met familie / vrienden / partner" met betrekking tot de hoog-risicopatiënten (blauw) in vergelijking met de algemene patiëntenpopulatie van de praktijk (oranje).

Fig. 16a en 16b tonen de quotering indien de arts zelf de partners zou verwittigen. Bij de algemene praktijkpopulatie had 24% geen mening, 2% wist dat dit niet gedaan werd in België, 24% vond dit item drempelverhogend en 5% vond dit item drempelverlagend. Bij de patiënten die op consult kwamen wist 10% dat de artsen in België de partners niet verwittigen bij een positief test-resultaat, 34% had hier geen mening over, 27% vond dit item drempelverhogend en 29% vond dit item drempelverlagend. Bij de patiënten met een hoog aantal partners had 20% geen mening, 40% vond dit drempelverhogend en 40% vond dit item drempelverlagend.

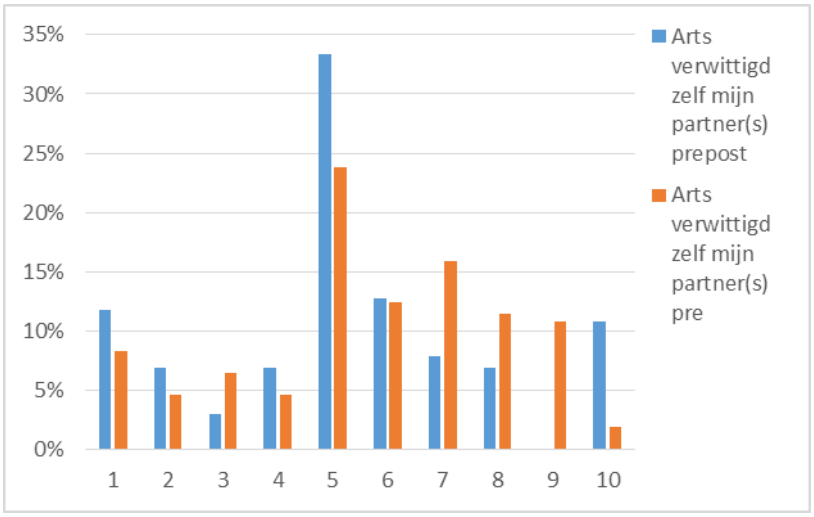


Fig. 16a Quotering voor "De arts verwittigd zelf mijn ex-partners wanneer blijkt dat ik een soa heb (zodat mijn anonimiteit gegarandeerd blijft)". Blauw: de patiënten die op SOA-consult geweest zijn. Oranje: de algemene patiëntenpopulatie in het gezondheidscentrum.

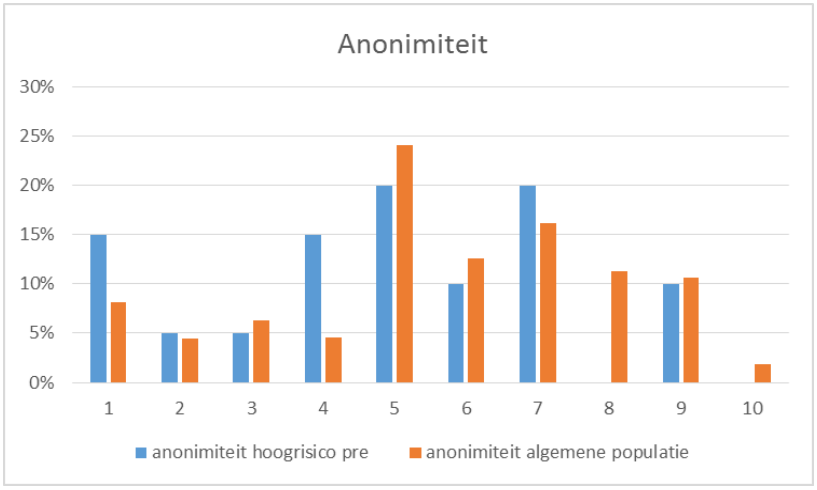


Fig. 16b Quotering voor "De arts verwittigd zelf mijn ex-partners wanneer blijkt dat ik een soa heb (zodat mijn anonimiteit gegarandeerd blijft)" met betrekking tot de hoog-risicopatiënten (blauw) i.v.m. de algemene patiëntenpopulatie van de praktijk (oranje).

Als andere belemmerende factoren om op consult te komen werden vermeld: de kostprijs van de testen (werd tweemaal vermeld). Voor de terugbetaling door het RIZIV van Chlamydia Trachomatis PCR (max. twee per jaar) moet worden voldaan aan een van de volgende voorwaarden: "in de klinische context van een risicogroep of tot en met de leeftijd van 20 jaar of bij duidelijke klinische tekenen van een chlamydia-infectie". Ook angst voor naalden werd eenmalig vermeld als belemmerende factor. De kostprijs werd ook eenmalig als drempelverlagend vermeld (door een patiënt van 20j). Ook werd in de algemene populatie vermeld als zijnde drempelverlagend: "de uitslag zal niet in handen van je ouders terechtkomen"; "De arts neemt geen belerende houding aan"; "het belang kennen van er op tijd bij te zijn" en "Studentenartsen hebben een goede kennis over SOA-problematiek".

6. Discussie

3. *De vragenlijsten*

a. Reason(s) for Encounter

De meest frequente RFE (Fig. 4) bleek een screeningsvraag te zijn zonder dat er perse klachten waren. Slechts een minderheid van de patiënten bleken klachten te hebben.

Bij asymptomatische patiënten (met een screeningsvraag) spelen vooral praktijk gerelateerde zaken en de organisatie van de gezondheidszorg een rol als drempelverlagende / -verhogende factoren (*6, *8). Als men dit in het achterhoofd houdt dan kan men het volgende concluderen: om meer asymptomatische risicopatiënten op SOA-consult te krijgen zou men voornamelijk moeten inzetten op praktijk gerelateerde drempels/drempelverlagende factoren en het organiseren van de gezondheidszorg.

b. Drempelverhogende en –verlagende factoren

In het algemeen kan men stellen over de drempelverhogende en drempelverlagende factoren dat er heel wat mensen geen mening hadden.

Voornamelijk de patiënten die op SOA-consult kwamen en de patiënten met een hoog aantal partners vonden een onbekende arts eerder drempelverlagend om op SOA-consult te komen in vergelijking met de algemene patiëntenpopulatie. Bij deze laatste groep leken de meningen meer verdeeld (Fig. 5-6).

Voornamelijk vrouwelijke patiënten verkozen een vrouwelijke arts. Mannen hadden een veel minder uitgesproken voorkeur voor een mannelijke arts, dit was in alle populaties even duidelijk aanwezig (Fig. 7 tem 10). In Figuur 8, 9 en 10 lijkt het of een deel van de patiënten een vrouwelijke arts eerder demotiverend vond. We kunnen dit echter verklaren - wanneer we de originele vragenlijsten terug bekeken- doordat een groot deel van de patiënten op de schaal *tussen* 4 en 5 had aangeduid in plaats van een *cirkel* te trekken rondom de score. Wegens de manier van verwerken van de vragenlijst (p. 20) werd de score naar beneden getrokken.

Een online afspraken systeem leek voor deze (jonge) populatie een drempelverlagende factor. Dit in tegenstelling tot een telefonisch afsprakensysteem, waardoor eventuele (perceptie van) anonimiteit in het gedrang komt. Dit valt mogelijks te verklaren door enerzijds de plaats van de vragen. De quotering voor “telefonisch afspraken systeem” kwam net achter de quotering voor “een online afspraken systeem”. Anderzijds kunnen we dit mogelijks verklaren doordat de secretariaatsmedewerkers de telefoon opnamen (minder confidentialiteit?). We zagen ongeveer dezelfde quotering bij de consult-groep en de algemene populatie (Fig. 11-12).

De meerderheid van de patiënten was nog nooit eerder op SOA-consult geweest. Voor diegene die reeds op SOA-consult geweest werd dit als drempelverlagend ervaren. (Fig. 13)

In het verlengde hiervan bleek dat kennis van testing (mogelijks vergaard door SOA-consult in de voorgeschiedenis, websites, peers,…) ook als drempelverlagend ervaren werd (Fig. 14) door zowel de patiënten die op SOA-consult komen als de algemene praktijkpopulatie.

Ook peers bleken een invloed te hebben bij de Leuvense studentenpopulatie (Fig. 15), zoals reeds beschreven in de literatuur (Fortenberry, Godin). Voor een (kleine) meerderheid van de patiënten werd het bespreken met partner, vrienden, familie als drempelverlagend ervaren.

Een meerderheid van de algemene patiëntenpopulatie ervaarden het ook als drempelverlagend mocht de arts zelf de partner(s) verwittigen bij een positieve SOA-test (Fig. 16). Dit in tegenstelling tot de patiënten die daadwerkelijk op SOA-consult kwamen. Bij deze patiënten heersten er een grote heterogeniteit, sommigen hebben hetzij een voorkeur om zelf de partner te verwittigen, hetzij dit door de arts te laten doen.

4. *Voor- en nadelen van de studie:*
    a. ***Voordelen van de studie***

In deze studie hebben we een relatief groot aantal patiënten die op SOA-consult kwamen kunnen betrekken, dankzij het uitgelezen karakter van de studentenartsenpraktijk was dit een dankbare kans. We hebben ook een goed zicht verkregen op enkele belemmerende/drempelverlagende (praktijk afhankelijke) factoren die voor de Leuvense Studenten aan de KU Leuven kunnen meespelen om al dan niet op SOA-consult te komen

Door het specifieke karakter van de praktijk is dit een zeer leerrijke studie geweest voor deze specifieke populatie, de Leuvense studenten.

    b. ***Nadelen van de studie***

Een eerste nadeel van de studie is dat deze in 1 centrum liep. Ons centrum is daarbij nog een groep-specifieke dienst, wat als drempelverlagend wordt ervaren (*17) om op SOA-consult te komen. Hierdoor kunnen we geen algemene conclusies trekken, dewelke van toepassing zouden zijn voor andere praktijken, zij het andere studentengezondheidscentra.

Het werken met een vragenlijst voor en na het consult geeft beperkingen in de vragen die men wil stellen voor het consult (cf. Hawthorne-effect).

Ondanks de bestaande literatuur (*5) hebben we er voor gekozen om geen digitale bevraging te doen in ons onderzoek. Dit vanwege een aantal praktische beslommeringen. Ten eerste was er geen toegang tot computers in de wachtzaal in onze praktijk. Ten tweede zou de tijd verstreken tussen het invullen van de vragenlijst en het consult te lang zijn om nog

betrouwbare antwoorden te verkrijgen (indien de vragenlijsten thuis, voor- en na het consult ingevuld werden).

Een ander nadeel is dat de vragenlijsten afgenomen zijn bij een patiëntenpopulatie (individuen die reeds "zorg zoekend gedrag" vertonen) van een huisartsenpraktijk en niet bij de algemene (studenten)populatie (waarbij er ook mensen naar homeopathie/kruidengeneeskunde grijpen). Dit zou misschien een interessante insteek kunnen zijn voor onderzoek in de toekomst, waarbij de algemene populatie wordt bevraagd op belemmerende en drempelverlagende factoren.

Het zou misschien ook interessanter geweest zijn om enkel seksueel actieve patiënten te bevragen, hoewel dit eerder onpraktisch en van bedenkelijke ethiek zou zijn geweest in het kader waarin de vragenlijst werd afgenomen (in de wachtzaal).

Een ander nadeel van de studie -achteraf bekeken- is het volgende: we hebben enkele zaken niet nagevraagd die misschien wel interessant konden zijn. In de pre-test hebben we niet –actief- nagevraagd of de perceptie van de kostprijs van een SOA-test een drempelverlagende/belemmerende factor is. We hebben tevens niet nagevraagd of de perceptie van/zorgen rond privacy en confidentialiteit een belemmerende/drempelverlagende factor is.

7. Suggesties voor verder onderzoek

Er is nog veel ruimte voor onderzoek rond drempelverlagende en drempelverhogende factoren om op SOA-consult te komen. Men zou bijvoorbeeld een enquête kunnen laten invullen door de seksueel actieve studentenpopulatie, zonder dat deze perse op consult komt. Om een beter zicht te krijgen op wat nog factoren kunnen zijn die bepalen of iemand al dan niet op SOA-consult komt zou men eventueel enkele focus-groepen kunnen samenstellen. Verder onderzoek dient te gebeuren naar hoe de digitale samenleving kan bijdragen tot een laagdrempelige gezondheidszorg, met in het bijzonder seksuele gezondheid.

8. Conclusie:

Ondanks verschillende nadelen van de studie zijn er toch enkele zaken die we kunnen besluiten.

De meest voorkomende RFE was een screeningsvraag, slechts een minderheid van de patiënten hadden klachten die konden wijzen op een SOA.

Als drempelverlagende factoren om op SOA-consult te komen kwamen vooral de volgende zaken naar boven: een "nieuwe/onbekende arts" voor de patiënt, een "online

afspraken systeem" en een "vrouwelijke arts voor vrouwen", "kennis van testing", "bespreken met partner/peers/familie" en "reeds een SOA-consult in de voorgeschiedenis".

Als drempelverhogend werden de volgende factoren ervaren: "telefonisch afspraken systeem" en voor "vrouwelijke patiënten een mannelijke arts".

Behalve de factor "onbekende arts" waren er geen al te grote verschillen tussen de patiënten die op SOA-consult kwamen, hoog-risicopatiënten en de algemene populatie. De quotering door de patiënten die op SOA-consult kwamen was gelijkaardig aan de quotering voor de patiënten met een hoog aantal partners.

Men kan concluderen dat om een praktijk zo laagdrempelig mogelijk in te richten om op SOA consult te komen er twee artsen van een ander geslacht bereikbaar dienen te zijn voor de patiënten. Maar het is vooral belangrijk dat een vrouwelijke arts aanwezig is. Een praktijk zou ook een online afspraken systeem moeten hebben. Patiënten zouden ook een vrije keuze van arts moeten blijven hebben om de zorg zo laagdrempelig mogelijk te houden. Jonge, ad-risk patiënten zouden voldoende geïnformeerd moeten worden –indien zij dit wensen- over de juiste mogelijkheden van SOA-testing. Communicatie tussen partners en peers zou gemotiveerd/bevorderd moeten worden.

9. Bronnen

*1 McCarney R, Warner J, Iliffe S, van Haselen R, Griffin M, Fisher P; Warner; Iliffe; Van Haselen; Griffin; Fisher "The Hawthorne Effect: a randomised, controlled trial". BMC Med Res Methodol 2007; 10: 1471-2288

*2 Zebiene E, Razguaskas E, Basys V, Buabiniene A, Gurevicius R Padaiga Z, Svab I; Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania E. Int J Qual Health Care. 2004 ; 1 : 83-89.

*3 Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S ; Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? Fam Pract. 1995; 2 :1 93-201.

*4 Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patients' perceptions of physician behaviour. J Behav Med 1978; 1: 391.

*5 Spark S, Lewisa L, Vaiseya A, Smytha E, Wood A, Temple-Smith M, Lorch R, Guyc R, Hocking J. Using computer-assisted survey instruments instead of paper and pencil increased completeness of self-administered sexual behavior questionnaires. Journal of Clinical Epidemiology 68 (2015); 1: 94-101

*6 Aral SO, Wasserheit JN. Holmes KK. STD related health care seeking and health service delivery. In: Sexually Transmitted Diseases. New York: McGraw Hill, 1999:1295-305

*7 Health care utilization for sexually transmitted diseases: influence of patient and provider characteristics. Amaro H., Gornemann I. Research issues in human behavior and Sexually transmitted diseases in the aids era. 1991:140-160

*8 UNAIDS. Consultation on STD interventions for preventing HIV: What is the evidence? Best practice collection. Internetsite WHO; 2000. Beschikbaar via: www.who.int/hiv/pub/sti/who_hsi_2000_02.pdf Geraadpleegd 18/09/2015

*9 Ndulo J, Faxelid E, Tishelman C, Krantz I. "Shopping" for sexually transmitted disease treatment: focus group discussions among lay persons in rural and urban Zambia. Sex Transm Dis 2000;27:496-503

*10, Adler MW. Sexually transmitted diseases control in developing countries. *Genitourin Med* 1996;72:83-88

*11 Thiyagarajan J. Health care seeking behaviour of patients attending an sti clinic in singapore. 2003. Beschikbaar via: http://scholarbank.nus.edu.sg/bitstream/handle/10635/16479/JayabaskarT_HD992912L.pdf?sequence=1 Geraadpleegd 15/09/2015

*12 Leenaars PE, Rombouts R, Kok G. Seeking Medical care for a sexually transmitted disease: Determinants of delay behavior. *Public Health Nurs* 1993;8:17-32.

*13 Fortenberry JD, McFarlane M, Bleakley A, Bull S, Fishbein M, Grimley DM, Malotte CK, Stoner BP. Relationships of stigma and shame to gonorrhea and HIV screening. *Am J Public Health* 2002;92:378-81.

*14 Leenaars PE, Rombouts R, Kok G. Service attributes and the choice for STD health services in persons seeking a medical examination for an STD. *Soc Sci Med* 1994;38:363-71.

*15, Godin G, Fortin C, Mahnes G, Boyer R, Nadeau D, Duval B, Bradet R, Hounsa A. University students' intention to seek medical care promptly if symptoms of sexually transmitted diseases were suspected. Sexually Transmitted Diseases 1993;2100-104

*16 Meyer-Weitz A, Reddy P, Van den Borne HW, Kok G, Pietersen J. The determinants of health care seeking behaviour of adolescents attending STD clinics in South Africa. Journal of Adolescence 2000; 23: 741–752

*17 Unesco Bangkok. Promoting Health-Seeking Behaviours and Quality of Care among Men who have Sex with Men and Transgender Women: Evidence from 5 Provinces in Thailand. 2012 Beschikbaar via: http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002171/217197e.pdf geraadpleegd 20/09/2016

*18, Baker JR, Arnold-Reed DE, Brett T, Hince DA, O'Ferrall I, Bulsara MK, Perceptions of barriers to discussing and testing for sexually transmitted infections in a convenience sample of general practice patients, Australian journal of primary health, 2013; 2: 98-101

*19, Balfe M, Brugha R, O'Connell E, Vaughan D, O'Donovan D. Men's attitudes towards chlamydia screening: a narrative review. Sex Health. 2012; 2:120-130.

*20, Apoola A., Radcliffe K.W., Das S., Robshaw V., Gilleran G., Kumari B.S., Boothby M., Rajakumar R. Patient preferences for partner notification. Sexually Transmitted Infections 2006;82:4:327-329

10. Addendum: de vragenlijsten

<u>Vragenlijst preconsult</u>

Wij schrijven onze Manama-thesis over "verwachtingen en tevredenheid van een studentenpopulatie rond het SOA-consult". In het kader daarvan willen we pijlen naar jou verwachtingen en tevredenheid bij het SOA (Sexueel Overdraagbare Aandoeningen)-consult, om zo de hulpverlening te optimaliseren.
De vragen kunnen betrekking hebben op persoonlijke zaken (zoals je vrijgedrag etc.). Deze informatie die we krijgen wordt 100 % vertrouwelijk en anoniem behandeld.
Alvast bedankt voor de medewerking
Dr. Dries Deckers,
Dr. Suzanne De Grooff

Ik ben M / V / andere (omcirkel)
Leeftijd …….
Hoeveel partners had je het afgelopen jaar? …….
Ik heb momenteel een vaste relatie Ja/nee (omcirkel)
Ik heb sexuele contacten met Man / Vrouw / Andere (omcirkel)
Gebruik van anticonceptie: Geen – Pil/andere hormonale anticonceptie – Condoom (omcirkel

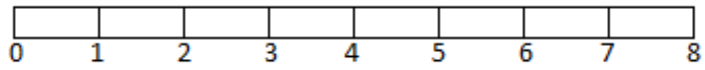
1.a Kom je vandaag naar de arts ivm sexueel overdraagbare aandoeningen? Ja – Nee
1.b Zoja, wat is je reden om vandaag naar de arts te gaan (meerdere mogelijkheden):

- een reportage/artikel/site heeft me er toe aangezet
- mijn partner heeft een soa
- ik heb klachten die kunnen wijzen op een soa
- een kennis heeft een soa opgelopen,
- ik heb een recent onveilig sexueel contact gehad (zonder condoom gevreeën)
- ik heb geen klachten, maar wil me laten testen voor de zekerheid
- Andere……

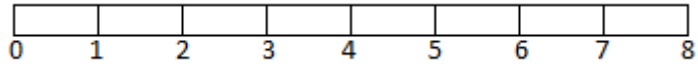
2.a Ben je ooit al op consultatie geweest in verband met Sexueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) ? Ja / Nee (omcirkel)

2b Welke factoren zijn voor jou belemmerend / motiverend om op consult te komen ivm SOA's? (Omcirkel op de schaal: 0: zeer belemmerend, 1: behoorlijk belemmerend, 2: belemmerend, 3: een beetje belemmerend, 4: speelt geen rol, 5: een beetje motiverend, 6: motiverend, 7: behoorlijk motiverend, 8: zeer motiverend)

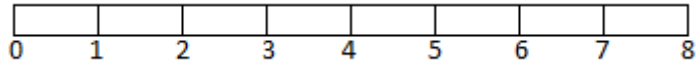
- De arts is mijn vaste arts



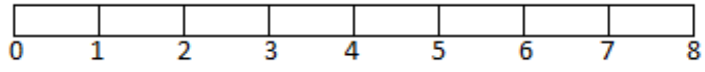
- De arts is een ongekende arts



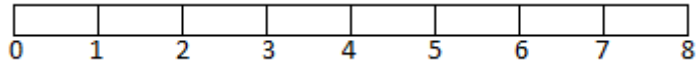
- De arts is een man



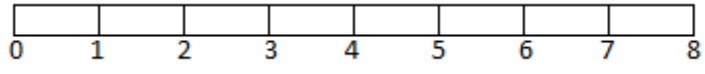
- De arts is een vrouw



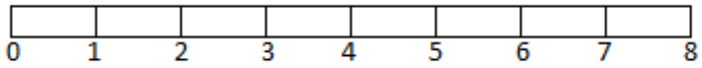
- Er is online afspraken systeem



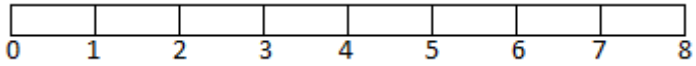
- Er is een telefonisch afspraken systeem



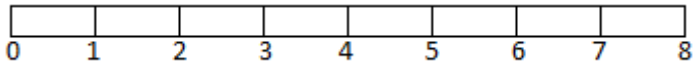
- Ik ben reeds op SOA-consult geweest (schaal + NVT)



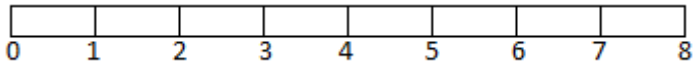
- Ik heb het al eens met vrienden/familie/partner besproken.



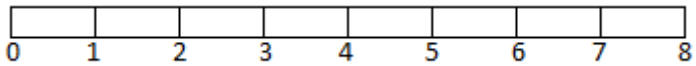
- Ik weet al op welke manier en op wat er allemaal getest wordt.



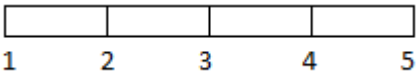
- De arts verwittigd zelf mijn ex-partners wanneer blijkt dat ik een soa heb (zodat mijn anonimiteit gegarandeerd blijft).



- Andere ……..



3a. Ben je in het algemeen tevreden over de communicatie bij jouw vaste huisarts (Omcirkel op de schaal: 1: heel ontevreden , 2: overwegend niet, 3: geen mening, 4: overwegend wel, 5: heel tevreden)



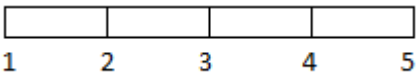
3b. Is je vaste huisarts (vink aan):

- In je gemeente van oorsprong (niet Leuven)
- Ik ben gedomicilieerd in Leuven en mijn vaste huisarts is niet verbonden aan studentenvoorzieningen.
- Een studentenarts
- Een andere arts in Leuven (voor studenten niet gedomicilieerd in Leuven)

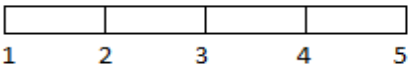
4. Ik of mijn partner(s) gebruiken het condoom (vink aan):

- nooit
- zelden
- soms
- vaak
- meestal
- steeds

5. Hoe schat je het belang van condoomgebruik in als voorbehoedsmiddel
a) voor Zwangerschap (Omcirkel op de schaal: 1= helemaal niet belangrijk, 2 = nauwelijks, 3 =in redelijke mate, 4 = in hoge mate, 5 = in zeer hoge mate)



b) voor Soa's (Omcirkel op de schaal: 1= helemaal niet belangrijk, 2 = nauwelijks, 3 =in redelijke mate, 4 = in hoge mate, 5 = in zeer hoge mate)

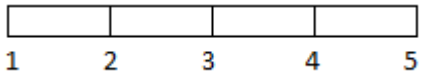


6. Heb je de sites www.sensoa.be en www.seksualiteit.be al eerder gecontacteerd om antwoorden op je vragen te krijgen?
Ja / Nee (omcirkel)

Vragenlijst postconsult

Wij schrijven onze Manama-thesis over "verwachtingen en tevredenheid van een studentenpopulatie rond het SOA-consult". In het kader daarvan willen we pijlen naar jou verwachtingen en tevredenheid bij het SOA (Sexueel Overdraagbare Aandoeningen)-consult, om zo de hulpverlening te optimaliseren.
De vragen kunnen betrekking hebben op persoonlijke zaken (zoals je vrijgedrag etc.). Deze informatie die we krijgen wordt 100 % vertrouwelijk en anoniem behandeld.
Alvast bedankt voor de medewerking
Dr. Dries Deckers,
Dr. Suzanne De Grooff

1b. Was je tevreden over de communicatie van de huisarts tijdens het afgelopen consult? (Omcirkel op de schaal: 1: heel ontevreden , 2: overwegend niet, 3: geen mening, 4: overwegend wel, 5: heel tevreden)



1b. Is alles aan bod kunnen komen wat je wou bespreken? (Omcirkel

Ja / nee

2a. Was er de kans om de delicate/intieme onderwerpen, die je wou bespreken, aan bod te laten komen? (vink aan)

- o Ik wou delicate onderwerpen bespreken en heb ze kunnen bespreken
- o Ik wou delicate onderwerpen bespreken, maar heb ze niet kunnen bespreken
- o Ik zat met delicate vragen/onderwerpen maar wou ze hier niet bespreken.
- o Ik zit niet met delicate vragen/onderwerpen.

2b. Welke thema's zijn aan bod gekomen (meerdere antwoorden, vink aan)?

- o Seksueel Overdraagbare Aandoening (SOA)
- o Seksueel contact met iemand van hetzelfde geslacht
- o Pijn tijdens het vrijen
- o Onveilig seksueel contact
- o Transsexualiteit
- o Anticonceptie (condoom/pilgebruik/…)
- o Libido verminderd/verhoogd
- o Aantal partners
- o Erectiestoornissen
- o Anale seks
- o Orale seks
- o Seks voor het huwelijk
- o Ongewenste zwangerschap/Abortus
- o Vreemd gaan
- o Abnormaal vaginaal verlies
- o Letsels ter hoogte van de genitale
- o Contact met seks-werkers
- o Fetisj
- o Andere:……;

2c. Hoe zijn deze onderwerpen aan bod gekomen? (vink aan)

- o Ze zijn niet aan bod kunnen komen

- De arts begon er zelf over
- De arts vroeg of ik bepaalde vragen had
- Ik heb het zelf aan bod laten komen
- Andere ……

2d. Welke factoren hebben bepaald of deze onderwerpen aan bod kwam of niet? (meerdere factoren, vink aan)

- Hoe ik me voelde
- Hoe de arts zich opstelde
- Hoe goed ik de arts ken
- De arts legde me uit waarom hij bepaalde intieme vragen stelde
- Andere ……

3. Op welke manier kreeg je meer informatie over seksualiteit/SOA's (meerdere antwoorden mogelijk, vink aan).

- Mondeling (tijdens het consult)
- Schriftelijk (folder)
- Schriftelijk (verwijzing naar sites sensoa.be/seksualiteit.be)
- Audio/-visueel (DVD/ youtube)
- Info per mail
- Ik wil geen informatie krijgen
- Andere: ……

4a. Zijn je vragen voldoende beantwoord? (Omcirkel op de schaal: 1= helemaal niet, 2 = nauwelijks, 3 =in redelijke mate, 4 = in hoge mate, 5 = in zeer hoge mate)

1 2 3 4 5

Of: NVT (Ik had geen vragen)

4b. Werden je gevoelens rond soa's voldoende besproken? (Omcirkel op de schaal: 1= helemaal niet, 2 = nauwelijks, 3 =in redelijke mate, 4 = in hoge mate, 5 = in zeer hoge mate)

1 2 3 4 5

Of: NVT (ik had geen gevoelens rond SOA's die ik wou bespreken)

5a. Werd condoomgebruik besproken tijdens het consult? (Omcirkel op de schaal: 1= helemaal niet belangrijk, 2 = nauwelijks, 3 =in redelijke mate, 4 = in hoge mate, 5 = in zeer hoge mate)

1 2 3 4 5

5b. Hoe schat je het belang van condoomgebruik als voorbehoedsmiddel in voor zwangerschap? (Omcirkel op de schaal: 1= helemaal niet belangrijk, 2 = nauwelijks, 3 =in redelijke mate, 4 = in hoge mate, 5 = in zeer hoge mate)

5c. Hoe schat je het belang van condoomgebruik als voorbehoedsmiddel in voor SOA's? (Omcirkel op de schaal: 1= helemaal niet belangrijk, 2 = nauwelijks, 3 =in redelijke mate, 4 = in hoge mate, 5 = in zeer hoge mate)

1 2 3 4 5

6. Zou je na het consult nog verder informatie opzoeken via sites zoals www.sensoa.be of www.seksualiteit.be?

1. Ja

2. Nee

7a. Heb je na het SOA-consult iets bijgeleerd waardoor je gedrag in de toekomst zou kunnen veranderen.

Condoom-gebruik Ja/nee

Andere vormen van anticonceptie Ja/Nee

Aantal-partners Ja/nee

Specifieke contacten (vaginaal/oraal/anaal/anderen) Ja/nee

7b. Plan je je gedrag te veranderen?

Condoom-gebruik Ja/nee

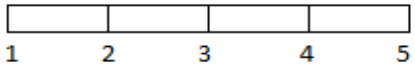
Andere vormen van anticonceptie Ja/Nee

Aantal-partners Ja/nee

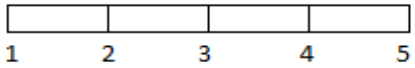
Specifieke contacten (vaginaal/oraal/anaal/anderen) Ja/nee

7c. Zo ja, hoeveel vertrouwen heb je dat je gedrag daadwerkelijk zou veranderen. (Omcirkel op de schaal: 1= helemaal geen vertrouwen, 2 = nauwelijks, 3 =in redelijke mate, 4 = in hoge mate, 5 = in zeer hoge mate)

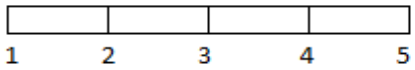
Condoom-gebruik



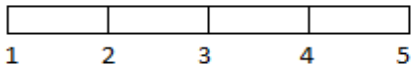
Andere vormen van anticonceptie



Aantal-partners



Specifieke contacten (vaginaal/oraal/anaal/anderen)



11. Addendum: Ethische commissie

Tijdens onze HAIO opleiding merkten we tijdens het consultvoeren in het studentengezondheidscentrum dat patiënten vaak met een zeer verschillende verwachtingen, ideeën, zorgen en met vragen zitten rondom SOA's. Mensen met een hogere socio-economische status/klachten hebben vaak meer vragen. Het navragen en tegemoetkomen van ICE's (Ideas, Concerns, Expectations) van de patiënt wordt wijdverspreid aanvaard als een hoofddoel van de gezondheidszorg. Verschillende studies tonen het verband tussen compliantie en patiëntenperspectief aan. Ons leek het interessant verder opzoekwerk en onderzoek uit te voeren rond de communicatie tijdens het SOA consult. Wat is er reeds gekend rond dit onderwerp en hoe zouden wij kunnen bijdragen de kennis rond dit thema te verbeteren?

Vooreerst is het de bedoeling om door middel van een literartuuroverzicht na te gaan wat de huidige kennis is betreffende de communicatie tussen huisarts en patient en dan in detail de communicatie tijdens het SOA consult. Wij merken/vermoeden dat ondanks het vele onderzoek dat gebeurde naar communicatie binnen het huisartsenconsult en eveneens naar de prevalentie en screening naar SOA's, is er in de literatuur zeer weinig te vinden over de communicatie tijdens het SOA consult.

Daarom zouden wij willen nagaan bij de Leuvense studentenpopulatie die zich aanmeldt bij het Studentengezondheidscentrum van de KU Leuven (ongeveer 300 studenten op 6 maand tijd, 4-5tal vaste artsen en 2 haio's) welke verwachtingen pre-consult en post-consult: de invulling van deze verwachtingen en wat zij toch nog graag besproken hadden de studenten hadden. De eerstelijn is de ideale setting voor dit onderzoek, gezien de huisarts instaat voor de dagdagelijkse opvolging en screening van de patienten. Dit onderzoek zouden we willen uitvoeren via vragenlijsten. Van ongeveer 200 studenten zouden we een vragenlijst vóór het soa-consult willen afnemen (ICE rond consult/communicatie, welke vragen hij/zij heeft) via een zelfinvullijst waarbij patient alleen gelaten wordt in de consultatieruime of eventueel reeds online (bij het online-afspraken maken) heeft ingevuld. Deze gestandaardiseerde enquête pre consult is gebaseerd op de "Patiënt Intentions Questionnaire". Dit zal mijn focus zijn in dit onderzoek.

Mijn collega zal onderzoeken (via een online vragenlijst na het consult) hoe tevreden de patient is over de consultatie/communicatie, zijn alle vragen voldoende beantwoord (gebaseerd op de "Expectations Met Questionnaire" en de "Medical Interview Satisfaction Scale"). Waarbij we de beide vragenlijsten (pre- en postconsult) willen koppelen aan elkaar. Ook willen we nagaan in hoeverre sites zoals www.seksualiteit.be en www.sensoa.be resterende vragen van de studenten kunnen beantwoorden.

Er worden geen verwikkelingen/risico's voorzien. Ons onderzoek zou eventueel kunnen bijdragen tot een beter begrip van de ICE's van de patiënt en zijn standpunt, en zo ook tot een betere therapietrouw kunnen bijdragen.

Aan de hand van de resultaten zullen we conclusies trekken over het niveau van de communicatie tijdens het SOA consult. Uit deze conclusie zou er dan optimaliter een aanbeveling volgen voor de huisarten en andere zorgverleners betreffende deze thematiek.

Referenties E.C.:

Vaginal Discharge and bacterial vaginosis in family practice - behavioural aspects, epidemiology, diagnosis, natural history and health education. - Paul van Royen, 1993
A randomised controlled trial of computer-assisted interviewing in sexual health clinics.- Richens J. 2010 Aug;86(4):310-4. doi: 10.1136/sti.2010.043422. Epub 2010 Jun 15.
2013 national guideline for consultations requiring sexual history taking. Clinical Effectiveness Group British Association for Sexual Health and HIV. Gary Brook, International Journal of STD & AIDS 2014 25:391-404; doi:10.1177/0956462413512807
Factors associated with the continuum of care of HIV-infected patients in Belgium. Van Beckhoven D et al . Journal of the International AIDS Society 2014, 17(Suppl 3):1953.
The World Health Report. Health systems: improving performance. World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2000.
Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Locker D, Dunt D. Soc Sci Med 1978: 12: 283–292.
Relation between physician's behaviours and analogue patient's satisfaction, recall and impressions. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Med Care 1987; 25: 437–449.
Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response. Oliver R. J Consumer Res 1993; 20: 418–430.
Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. *Fam Pract* 1995; 12: 193–201.
The effects of doctor–patient communication on satisfaction and outcome of care. Wooley FR, Kane RL, Hughes CC, Wright DD. Soc Sci Med 1978; 12: 123–128. The medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patients' perceptions of physician behaviour. Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. J Behav Med 1978; 1: 391.

