De impact van goede communicatie tijdens het SOA-consult

Suzanne De Grooff, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jo Goedhuys, KU Leuven, ACHG

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

De impact van goede communicatie tijdens het SOA-consult

Suzanne De Grooff, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jo Goedhuys, KU Leuven, ACHG

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Dankwoord

Eerst en vooral zou ik graag mijn promotor, Jo Goedhuys, willen bedanken voor zijn uitstekende begeleiding tijdens het opstellen van dit werkstuk. Zijn inzicht en deskundig advies hebben een duidelijke meerwaarde gevormd.

Verder wil ik ook mijn collega-HAIO Dries Deckers bedanken voor de aangename samenwerking, het mooie resultaat en de ontspannende praatjes tussendoor.

Ik wil ook de collega's van het Studentengezondheidscentrum van de Katholieke Universiteit Leuven bedanken voor de hulp bij het afnemen van de vragenlijsten en het deskundige advies. In het bijzonder wil ik Maura Sisk, Rikka De Roy, Ive Talboom en Eline De Buysscher bedanken voor hun betrokkenheid, aanmoedigingen en hulp. Verder zou ik ook de docenten en de deskundigen op het vlak van SOA's en communicatie willen bedanken voor hun medewerking aan ons project.

Inge Barbier en Marijke Vanderstappen, mijn huidige collega's, wil ik ook graag bedanken voor de steun, het begrip en hun harde werk zodat ik wat tijd kon vrijmaken om aan mijn masterproef te werken.

Mijn ouders, zus en broer wil ik bedanken voor hun steun en luisterend oor. Tot slot wil ik ook mijn partner Koen bedanken. Zonder hem zou ik deze masterproef, evenals mijn opleiding tot arts, nooit zo zorgenloos hebben kunnen afleggen.

Abstract

Context: Seksuele gezondheid heeft de laatste jaren zowel bij de huisartsenpopulatie als bij vakorganisaties aan populariteit gewonnen. Huisartsen, mede door hun centrale rol in de hulpverlening, vormen een belangrijke schakel in het verspreiden van correcte informatie rond seksuele gezondheid.

Onderzoeksvraag: Met dit onderzoek brengen we in kaart of de verschenen richtlijnen rond de anamnese tijdens het SOA-consult in de praktijk worden toegepast. Verder willen we nagaan wat de impact van het SOA-consult is op de kennis rond condoomgebruik, andere vormen van anticonceptie en het aantal partners. Vervolgens gaan we ook na of de respondenten plannen hun gedrag te veranderen na het SOA-consult.

Methode: De resultaten werden bekomen door middel van twee kwantitatieve vragenlijsten. Een vragenlijst die pre-consult werd ingevuld (met de focus op inhiberende en drempelverlagende factoren om op SOA-consult te komen) en een tweede die post-consult werd ingevuld (met de focus op het effect van het SOA-consult op de kennis en het gedrag van de respondenten). De vragenlijsten werden afgenomen bij studenten die op consult kwamen bij het Studentengezondheidscentrum (KU Leuven). De vragenlijsten van de patiënten die op SOA-consult kwamen werden gebundeld om de pre- en post-consult resultaten met elkaar te kunnen vergelijken. De overige pre-consult resultaten werden opgenomen als additionele bron van informatie, maar werden niet opgenomen in dit onderzoeksverslag. Het betreft een tweeledig onderzoek in samenwerking met collega-arts Dries Deckers.

Resultaten: In totaal waren er 106 respondenten voor de consult-groep en 582 respondenten voor de pre-groep. Onveilig seksueel contact en anticonceptie werden het meest besproken tijdens het soa-consult. Volgende thema's werden te weinig besproken tussen de arts en de respondent: het soort seksueel contact, seksueel contact met iemand van hetzelfde geslacht, aantal partners en seksueel contact met sekswerkers. Opmerkelijk aangezien deze deel uitmaken van de te behandelen thema's volgens de richtlijnen verschenen rond de anamnese tijdens het SOA-consult. Bij bijna de helft van de respondenten (48,6%) werd condoomgebruik in hoge of zeer hoge mate besproken. Zowel mannen als vrouwen hechten in hoge of zeer hoge mate belang aan condoomgebruik als voorbehoedsmiddel voor zwangerschap pre- en post-consult, respectievelijk 68,3% en 55,6%. Pre- en post-consult heeft het overgrote deel van de respondenten een hoog of zeer hoog vertrouwen in het gebruik van een condoom ter preventie van SOA's. Bijna twee derde van respondenten heeft iets bijgeleerd tijdens het consult en 72,1% plant zijn gedrag aan te passen wat betreft condoomgebruik. 58,5% heeft in hoge of zeer hoge mate vertrouwen in het feit dat ze hun gedrag ook effectief zullen veranderen.

Conclusies: Huisartsen moeten aandacht hebben voor al de thema's die volgens de richtlijnen besproken moeten worden tijdens het SOA-consult. De informatie meegegeven door de arts heeft een beperkte invloed op de kennis, maar een grotere impact op het gedrag van de respondenten. Het is dus van belang dat de huisarts deze thema's bespreekt met zijn patiëntenpopulatie. Veder onderzoek rond dit thema wordt aangeraden.

Inhoudsopgave

DANKWOORD 2

ABSTRACT 3

INHOUDSOPGAVE 4

1 INLEIDING 6

2 DOELSTELLING 8

3 ONDERZOEKSVRAGEN 9

4 METHODIEK 10

4.1 Keuze voor een vragenlijst als afnamebron 10

4.2 Literatuuronderzoek vragenlijst 10

4.3 Samenstellen van de vragenlijst 11
4.3.1 Samenstellen vanuit de literatuur en ervaringen 12
4.3.2 Validering door experten 12
4.3.3 Validering door test-patiënten 13

4.4 Afname van de vragenlijst 13

4.5 Verwerking van de vragenlijst 15

5 RESULTATEN 16

5.1 Resultaten literatuurstudie 16
5.1.1 Anamnese tijdens het SOA-consult 16
5.1.2 Condoomgebruik en andere vormen van anticonceptie bij jongeren 18
5.1.3 Kennis over anticonceptie 19
5.1.4 Aantal partners 20
5.1.5 Voorlichtingssites 21
5.1.6 Invloeden op seksueel gedrag 22

5.2 Resultaten uit eigen onderzoek 24
5.2.1 Respondentkarakteristieken uit de consult groep 24
5.2.2 Respondentkarakteristieken uit de algemene respondentenpopulatie 24

5.2.3 Anamnese 25
5.2.4 Condoomgebruik 26
5.2.5 Andere vormen van anticonceptie 28
5.2.6 Aantal partners 29
5.2.7 Voorlichtingssites 29

6 VOOR- EN NADELEN VAN DE STUDIE 31

6.1 Voordelen van de studie 31

6.2 Nadelen van de studie 31

7 DISCUSSIE 34

8 CONCLUSIE 38

9 BRONNEN 39

10 BIJLAGEN 43

10.1 Vragenlijsten 43
10.1.1 Pre-consult vragenlijst 43
10.1.2 Post-consult vragenlijst 45

10.2 Goedkeuring Ethische Commissie 48
10.2.1 Aanvraagformulier 48
10.2.2 Goedkeuring 51

1 Inleiding

Tijdens het eerste jaar als huisarts in opleiding (HAIO) kozen zowel mijn collega (Deckers Dries) als ik om aan de slag te gaan bij het Studentengezondsheidscentrum van de Katholieke Universiteit Leuven (KU Leuven). Het Studentengezondsheidscentrum is een huisartsenpraktijk opgericht door de KU Leuven voor haar studenten, alsook voor de studenten van de Associatie KU Leuven (KU Leuven Campus Groep T, LUCA School of Arts Campus Lemmens, Vlerick Leuven Gent Management School). Ook in Gent, Brussel en Antwerpen bestaan er centra waar studenten terecht kunnen voor gezondheidsadvies. Het spreekt voor zich dat deze huisartsenpraktijk een overwegend jonge (tussen 18 en 25 jaar) en hoogopgeleide patiëntenpopulatie heeft. Aangezien we de kans kregen om een jaar mee te draaien in deze praktijk, werden we vertrouwd met de meest voorkomende zorgen en aandoeningen bij de Leuvense studentenpopulatie. Eén van de vaakst voorkomende klachten of bezorgdheden was gerelateerd aan seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's). Meerdere malen per week kwamen we hier dan ook mee in aanraking. Als arts (in opleiding) was het onze taak om de patiëntenpopulatie attent te maken op de preventie, de risicofactoren, de gevaren, de wijze van diagnosticeren en uiteraard ook de behandeling van een eventuele SOA. Tijdens de consultaties trachtten we een uitgebreid informatiepakket te delen met de patiënt, zodat deze beter geïnformeerd de huisartsenpraktijk verliet. Op deze manier wilden we niet alleen een verandering veroorzaken op vlak van kennis en risicofactoren voor SOA's, maar trachtten we ook een verandering in het (seksueel) gedrag van de studenten te weeg te brengen.

De seksuele gezondheid heeft de laatste jaren zowel bij de huisartsenpopulatie als bij vakorganisaties aan populariteit gewonnen. Sensoa (het Vlaamse expertisecentrum voor seksuele gezondheid) organiseert onder andere op frequente basis een grote sensibiliseringscampagne rond seksueel overdraagbare aandoeningen. Ze stellen tot doel jongeren attent te maken over het bestaan van SOA's en hen er correct en objectief over te informeren. Ze nemen hierbij zowel de risicofactoren als de opsporing (en eventuele behandeling) in rekening.

Huisartsen, mede door hun centrale rol in de hulpverlening, zijn een belangrijke schakel in het verspreiden van correcte informatie rond seksuele gezondheid. Hoewel het

taboe meer en meer lijkt te vervagen, is dit onderwerp aansnijden echter voor veel huisartsen nog steeds geen evidentie. Huisartsen zitten maar al te vaak nog verveeld met vragen als: 1) Wat moet ik concreet ter sprake brengen tijdens de consultatie? 2) Wat is de toegevoegde waarde van de informatie die ik meegeef met mijn patiënt? Heeft mijn advies een positieve invloed op de algemene kennis over seksueel overdraagbare aandoeningen en zal de patiënt hier vervolgens ook zijn gedrag naar aanpassen?

Bovenstaande vraagstelling vormde de aanleiding om ons verder te verdiepen in dit boeiende, doch complexe onderwerp.

2 Doelstelling

Op basis van het huidig empirisch onderzoek heeft men richtlijnen kunnen opstellen over de communicatie tijdens het SOA-consult. Er wordt echter niet nagegaan of de (huis)artsenpopulatie deze richtlijnen ook strikt toepast in de praktijk. Met dit onderzoek willen we dit gemis opvullen door in kaart te brengen welke thema's concreet besproken moeten worden tijdens het SOA-consult, maar verder willen we ook een kritische blik werpen en nagaan of de huisartsenpopulatie deze thema's ook daadwerkelijk aansnijdt tijdens het consult. Ten slotte, willen we onderzoeken wat de impact van het consult is op de kennis van de jongeren rond condoomgebruik, andere vormen van anticonceptie en de (mogelijke) impact van het aantal partners als risicofactor voor een SOA. Dit zullen we vervolgens kritisch bekijken en toetsen of er een positieve trend op te merken is – wat betreft de kennis over deze thema's – tussen pre- en post-consult. Verder onderzoeken we of de studenten hierdoor hun gedrag plannen aan te passen.

Het formuleren van een antwoord op deze vragen stelt ons in staat om concrete aanbevelingen te geven aan de huisartsenpopulatie (van het Studentengezondsheidscentrum) over de communicatie tijdens het SOA-consult. Verder stelt dit ons ook in staat om hen een beter beeld te geven over de impact van de consultatie op de kennis en het gedrag van de studentenpopulatie.

Het is echter belangrijk om op te merken dat deze doelstellingen slechts een onderdeel zijn van het tweeledig onderzoek dat collega-arts Dries Deckers en ik uitvoeren. Het uitsplitsen van het onderzoek in verschillende deelvragen – waarbij hij zich concentreert op 1) het in beeld brengen van de meest frequente aanmeldingsvormen voor een SOA-consult en 2) aangeven van inhiberende of drempelverlagende factoren tijdens het SOA-consult – stelt ons in staat om verschillende conclusies en aanbevelingen te formuleren op basis van eenzelfde kwantitatief onderzoek. Voor verdere toelichting over deze twee thema's wil ik graag verwijzen naar de masterproef van mijn collega. De concrete uitwerking van de methodiek komt later in dit werkstuk aan bod.

3 Onderzoeksvragen

Deze masterproef tracht op basis van de huidige literatuur, aangevuld door een eigen uitgevoerd onderzoek, een antwoord te formuleren op de volgende klinische vragen:

a. Welke thema's moet de huisarts aansnijden tijdens de anamnese van het SOA-consult? Bespreekt de huisartsenpopulatie bij het Studentengezondsheidscentrum deze thema's ook daadwerkelijk tijdens het consult?

b. Wat is het effect van het bespreken van deze thema's tijdens het SOA-consult op de kennis en het gedrag van de studenten wat betreft seksueel overdraagbare aandoeningen? Thema's waar ik op focus tijdens dit onderzoek zijn het condoomgebruik, het gebruik van andere vormen van anticonceptie en de invloed van het aantal partners.

In deze tweeledige masterproef, onderzocht collega-arts Dries Deckers volgende onderzoeksvragen:

a. Wat zijn de meest voorkomende reasons for encounter (RFE's) wanneer men op SOA-consult komt in het Studentengezondheidscentrum?

b. Welke drempels / drempelverlagende factoren spelen mee bij de studenten om op SOA-consult te komen en zijn er verschillen met de algemene studentenpopulatie, en hoe zit dit bij de studenten met een groot aantal partners (wat een risicofactor is)?

4 Methodiek

4.1 Keuze voor een vragenlijst als afnamebron

Er bestaat nog maar al te vaak een taboe rond seksueel overdraagbare aandoeningen. Om er voor te zorgen dat er geen vertekende antwoorden gegeven zouden worden, kreeg een vragenlijst de voorkeur over persoonlijke interviews. Een kwantitatieve vragenlijst was in dit geval de beste manier om het bereik van patiënten te maximaliseren, zonder hierbij het Studentengezondheidscentrum te belasten met extra werk. Tijdens de oorspronkelijke opzet van het onderzoek dachten we ons meer toe te spitsen op de verwachtingen en de tevredenheid rond de communicatie tijdens het SOA-consult. Omwille van het Hawthorne-effect (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) moesten we rekening houden met welke vragen terug mochten komen in zowel de pre als de post-consult vragenlijst en besloten we onze focus te verleggen op de hierboven beschreven onderzoeksvragen. Gesloten vragen genoten de voorkeur over open vragen, omdat deze zich er beter toe lenen om statistische gemiddeldes en voorkeuren te berekenen.

4.2 Literatuuronderzoek vragenlijst

Door een grondige literatuurstudie uit te voeren, vonden we de nodige houvast om deze thema's in een vragenlijst te bundelen. Dries Deckers en ik onderzochten samen de literatuur rond de vragenlijst, contacteerden samen experts en stelde vervolgens ook samen de vragenlijst op voor het onderzoek. De data van ons onderzoek werden ook gezamenlijk ingegeven. Binnen het onderzoeken hadden we wel elk onze eigen focus. De verwerking, de analyse en de conclusie van de resultaten werden dan ook afzonderlijk uitgevoerd.

In de zoektocht naar literatuur voor de vragenlijst werden verschillende zoekmachines gebruikt: Pubmed, Embase, Tripdatabase, Cochrane, Google Scholar, Psychinfo. Voor al deze zoekmachines werden verschillende combinaties van zoektermen gebruikt om de nodige literatuur te vinden: "STD" (of "Sexual Transmitted Disease"), "Taboo", "Communication", "Primary Care" en "Questionnaire".

Dezelfde zoekmachines, doch met andere zoektermen, werden hergebruikt om informatie te vergaren over de verschillende thema's die we behandelen in ons eigen onderzoek. Om literatuur rond de anamnese tijdens het SOA consult te vinden werden verschillende combinaties van de volgende termen gebruikt (zowel in het Nederlands als in het Engels): "SOA" (of "seksueel overdraagbare aandoening"), "communicatie", "anamnese", "primary care", "consultatie". Om de literatuurstudie rond (kennis van) condoomgebruik en andere vormen van anticonceptie te vervolledigen werd met verschillende combinaties van de volgende zoektermen gewerkt: "STD" (of "Sexual Transmitted Disease"), "SOA" (of "seksueel overdraagbare aandoening") "condom(use)", "condoom(gebruik)" OF "anticonceptie", "hormonale anticonceptie", "birth control pill" OF "aantal partners", "seksuele contacten" EN "youth", "behaviour", "knowledge", "jeugd", "gedrag", "kennis". ". Tijdens de literatuurstudie rond voorlichtingssites zocht ik informatie op via een combinatie van volgende termen, zowel in het Nederlands als het Engels: "internet", "informatie", "voorlichtingssites", "bekendheid"; "gekendheid". Als laatste deed ik onderzoek naar het effect van voorlichting en het SOA-consult op de kennis en het gedrag van de respondent door volgende zoektermen te gebruiken: "SOA-consult", "gedrag", "voorlichting", "seksueel gedrag", "behaviour", "counseling", "effect".

De literatuur werd opgezocht tussen november 2014 en februari 2016. Deze zoektocht gaf ons een totaal van 10,545 artikels. Een eerste selectie werd gehouden op basis van de titel van de gevonden publicaties. Enkel publicaties die een verband hielden met het te onderzoeken onderwerp werden weerhouden. Van de overgebleven publicaties werd het abstract gelezen, om zo te eindigen met een totaal van 175 wetenschappelijke publicaties. Uiteindelijk, na het ontleden van de volledige tekst, werden 47 publicaties weerhouden en als basis gebruikt voor het opstellen van de literatuurstudie.

4.3 Samenstellen van de vragenlijst

Zoals blijkt uit ons literatuuronderzoek zijn de reeds bestaande vragenlijsten niet (voldoende) geschikt om te beantwoorden aan onze specifieke onderzoeksvragen. Daarenboven, moesten we bij het samenstellen van de vragenlijsten ook rekening houden met de praktische haalbaarheid van het uit te voeren onderzoek, waardoor het aantal vragen

(en dus de tijd die gespendeerd diende te worden aan het invullen) tot een minimum gereduceerd werd.

4.3.1 Samenstellen vanuit de literatuur en ervaringen

Op basis van de vergaarde literatuur en onze ervaring bij het Studentengezondheidscentrum, stelden we twee vragenlijsten op. Een vragenlijst die pre-consult zou worden ingevuld (met de focus op inhiberende en drempelverlagende factoren om op SOA-consult te komen) en een twee die post-consult zou worden ingevuld (met de focus op het effect van het SOA-consult op de kennis en het gedrag van de studenten).

De eerste vragenlijsten bestonden uit 13 epidemiologische vragen. De pre-consult vragenlijst bestond uit 11 vragen, o.a. gebaseerd op de "Patiënt Intentions Questionnaire"[1]. De post-consult vragenlijst bestond uit 11 vragen gebaseerd op de "Expectations Met Questionnaire"[2] en de "Medical Interview Satisfaction Scale"[3]. Ook de rest van onze literatuurstudie werd verwerkt in de vragenlijst.

4.3.2 Validering door experten

Na het creëren van de twee vragenlijsten op basis van de wetenschappelijke literatuur en onze ervaringen bij het Studentengezondheidscentrum werden deze voorgelegd aan 12 kritische (huisarts-)experts op het vlak van seksueel overdraagbare aandoeningen en/of communicatie. Vier van hen zijn arts bij het Studentengezondheidscentrum van de KU Leuven en voeren dagelijks SOA-consulten uit in de praktijk. Een andere groep experts (4) zijn experts/auteurs op het vlak van communicatie en de laatste groep (4) zijn experts/auteurs op het vlak van SOA's. Na de kritische blik van de experten en collega huisartsen, hebben we een laatste reviewronde georganiseerd met Sensoa (het Vlaamse expertisecentrum voor seksuele gezondheid). De commentaar en suggesties van de experten werd gebundeld, waarna er uit de pre-consult vragenlijst een zestal vragen werd geschrapt. Voornamelijk door het Hawthorne-effect (cfr. supra, onderzoeksvragen) konden we enkele vragen niet stellen tijdens het pre-consult, maar er werden ook zes nieuwe vragen toegevoegd. Uit de post-consult vragenlijst werden vier vragen geschrapt en vervangen door andere vragen. Uit de epidemiologische vragen werden zeven vragen geschrapt.

4.3.3 Validering door test-patiënten

Als laatste stap werden de vragenlijsten – na suggestie door de experts – voorgelegd aan vijf test-respondenten die gevraagd werden om hun feedback te delen. Op basis hiervan gebeurde nog enkele minimale aanpassingen.

4.4 Afname van de vragenlijst

Ondanks de gekende literatuur[4] werd er toch gekozen voor een papieren enquête (i.t.t. een digitale enquête) gezien de praktische haalbaarheid hiervan. In het Studentengezondheidscentrum waren er op dat moment vier vaste artsen en drie HAIO's (Huisarts in opleiding) werkzaam. Elke Nederlandstalige patiënt in het Studentengezondheidscentrum van de KU Leuven werd gedurende een periode van zes weken (vanaf 19/10/2015) gevraagd om de pre-consult vragenlijst in te vullen. De respondenten worden verder beschreven als de pre-groep en vormt de representatie van de algemene Nederlandstalige respondentenpopulatie. Concreet wil dat zeggen dat elke patiënt die zich aanmeldde voor een consult – ongeacht de aard van het consult – en Nederlands sprak een vragenlijst kreeg van het secretariaat van het Studentengezondheidscentrum. Er werd vervolgens aan de respondenten gevraagd deze in te vullen in de wachtzaal en af te geven aan de arts bij het begin van de consultatie. De RFE's 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-consult vragenlijst in te vullen. Naar deze groep wordt verder verwezen als de post- of consultgroep. De pre- en post-consult vragenlijst van diegenen die op SOA-consult kwamen werd vervolgens aan elkaar geniet. Zo konden we de antwoorden van de studenten die op SOA-consult kwamen koppelen aan hun pre-consult vragenlijst. De vragenlijsten die door respondenten werden ingevuld die niet op SOA-consult kwamen, werden gewoon afgegeven op het bureau aan de arts. De verzamelde vragenlijsten (zowel pre als post-consult) werden gedeponeerd in een doos.

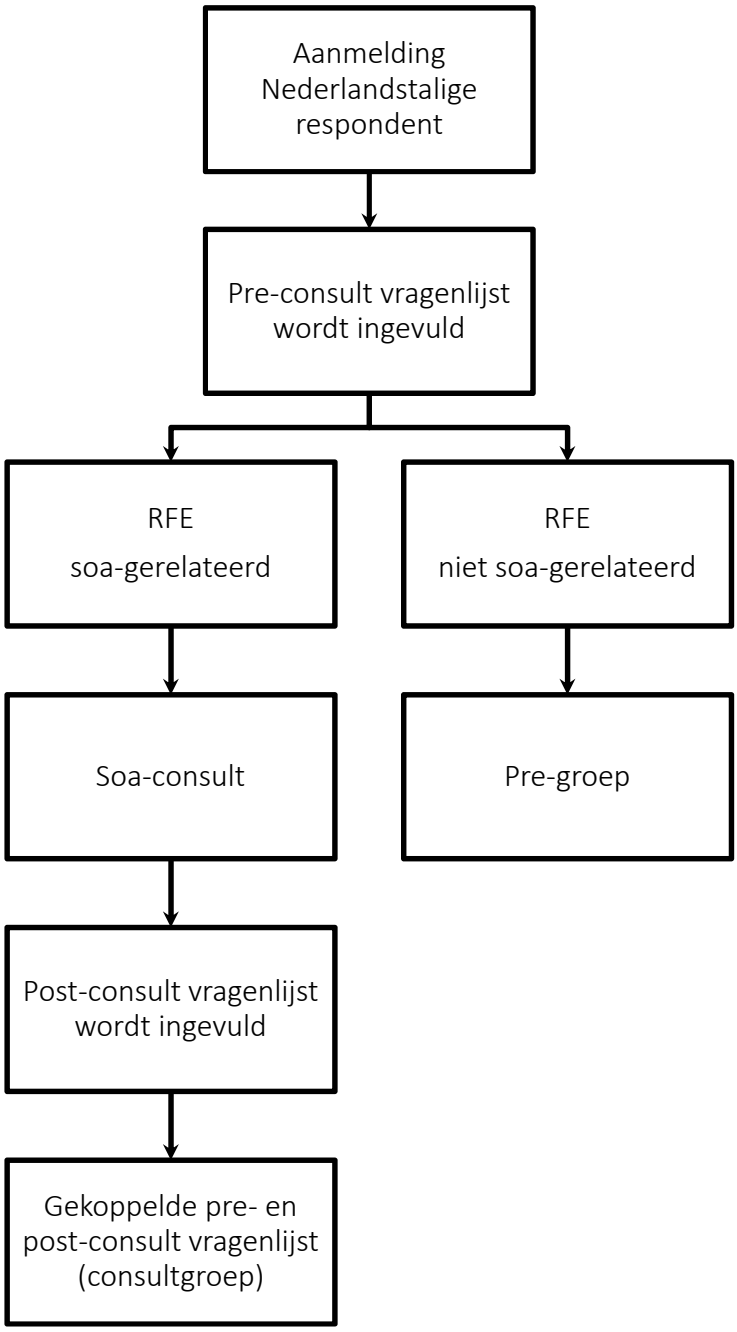


Fig. 1 *Afname van de vragenlijst.*

4.5 Verwerking van de vragenlijst

De vragenlijsten met onbetrouwbare antwoorden (niet volledig ingevuld, incongruenties in de antwoorden) werden uit de analyse gelaten. Dit waren drie vragenlijsten in de consult-groep. Bij 50 vragenlijsten in pre-groep vragenlijsten hadden de respondenten de lijst foutief of onvolledig ingevuld. Wanneer respondenten kruisjes tussen de antwoordmogelijkheden zetten in plaats van te omcirkelen van het cijfer op de schaal, werd er naar onder afgerond. Er werden ook 18 pre-vragenlijsten ingevuld door respondenten die op SOA-consult kwamen maar geen post-vragenlijst hadden ingevuld, deze werden ook uit de verwerking gelaten.

5 Resultaten

5.1 Resultaten literatuurstudie

5.1.1 Anamnese tijdens het SOA-consult

Het bespreken van de seksuele gezondheid van patiënten blijft voor veel huisartsen een uitdaging en struikelblok. Uit eigen ondervinding merkte ik dat tijdens de opleiding tot arts in het curriculum (te) weinig aandacht wordt besteed aan deze materie. Huisartsen vinden deze onderwerpen nog te vaak een 'ver-van-mijn-bed-show' waardoor deze thema's vermeden worden. Dit zorgt ervoor dat het preventieve, proactieve onderzoek niet ten volle kan uitgevoerd worden.[5]

De huisarts zou bij elke patiënt minimaal één keer een seksuele anamnese en risico-inschatting moeten maken. Dit zou eveneens moeten herhaald worden tijdens de raadplegingen in het kader van seksuele en reproductieve gezondheid, bij het reisadvies, bij een raadpleging met betrekking tot SOA-gerelateerde klachten, bij een preventief consult en bij een bloedname. Daarenboven raadt men aan bij vrouwen een seksuele anamnese uit te voeren bij raadplegingen rond anticonceptie, rond (ongewenste) zwangerschap, bij screening voor HPV en bij het bespreken van preconceptie. Het respecteren van het beroepsgeheim en de correcte communicatieve vaardigheden van de arts zijn bijkomende vereisten voor een goede seksuele anamnese.[6,7]

Bij het afnemen van een seksuele anamnese moet men rekening houden met de leeftijd waarop jongeren gemiddeld starten met seks en de aanvaardbaarheid van het bevragen van seksuele ervaring bij jongere adolescenten. Het onderzoek van Christina Stenhammer *et al.*[8] geeft weer dat de gemiddelde leeftijd van het eerste seksuele contact van een vrouwelijke student in 1989 17,6 jaar was. In 2014 was dit reeds geëvolueerd naar 16,7 jaar. Wanneer we de onderzoeksresultaten van een gelijkaardige Vlaamse studie er op nahouden, dan zien we dat de gemiddelde leeftijd stabiel blijft. We zien wel een stijging van het aantal jongeren dat seksueel actief is.[9,10,11,12,41,46,47] Deze ondervindingen uit het empirisch onderzoek bevestigen alleen maar het belang van een correcte en grondige aanpak wat betreft dit onderwerp door de huisartsenpopulatie.

Om de huisarts een houvast te bieden wat hij precies moet bespreken tijdens het SOA-consult, is er erg veel onderzoek gebeurd dewelke een kritische blik werpt op de te bespreken thema's tijdens de anamnese.[6,12,13,14,15] Voor een goede en efficiënte opvolging te kunnen garanderen, dienen volgende thema's (minimaal) besproken te worden:

1 Zijn er klachten of symptomen die (kunnen) wijzen op een SOA?

2 Werd er reeds eerder een SOA gediagnosticeerd? Zo ja, welke? Zijn er nog andere seksuele contacten geweest tussen de partner en de patiënt na de diagnose?

3 Is er seks met mannen, met vrouwen of met beide? Heeft de eventuele partner seks met mannen, met vrouwen of met beiden?

4 Is er bij de patiënt of de eventuele partner sprake van seks tegen betaling (in de zes maanden voorafgaand aan het consult) (prostituees en prostituanten)?

5 Waar komen patiënt (en partner) vandaan (uit endemische gebieden waar SOA's, HIV en/of hepatitis B vaker voorkomen)?

6 Zijn er bij de patiënt of partner wisselende contacten (2 of meer in de zes maanden voorafgaand aan het consult)? Waren deze contacten beschermd of onbeschermd?

7 Aantal voorgaande seksuele partner(s)

8 Om welk soort seksueel contact (oraal, vaginaal, anaal) gaat het?

9 Heeft de patiënt een nieuwe partner (gehad) in de afgelopen zes maanden? Werd het condoom weggelaten?

10 Is er sprake van intraveneus druggebruik door de patiënt?

11 Is er sprake van groepsseks?

12 Welke anticonceptie gebruikt de patiënt?

Een verhoogde aandacht bij (huis)artsen voor het afnemen van een seksuele anamnese zal leiden tot het beter identificeren van risicopatiënten en zal zo resulteren in een hogere screeningsgraad.[12] We verwachten dat deze aanpak vooral winst zal geven op populatieniveau. De voordelen voor elke individuele patiënt zijn minder uitgesproken.

Aangezien de kosten en potentiële nadelen laag zijn, raden we elke (huis)arts aan om een seksuele anamnese af te nemen en de randvoorwaarden in te vullen.[16]

5.1.2 Condoomgebruik en andere vormen van anticonceptie bij jongeren

Uit onderzoek bij Leuvense studenten[17] geeft een op tien aan ooit al eens onveilig gevreeën te hebben. Verder geeft 10% van de studenten met een vaste relatie aan dat geen van beide partners een anticonceptiemiddel gebruikt. Vanhove T *et al.* concluderen verder dat de pil algemeen de voorkeur geniet als anticonceptiemiddel. 80% van de vrouwelijke respondenten maakt er gebruik van en een op vier van de koppels gebruikt de pil (uitsluitend) als anticonceptiemiddel. Het condoom wordt door de helft van de mannelijke respondenten gebruikt en 10% van de koppels gebruikt uitsluitend het condoom als anticonceptiemiddel. De "Double-Dutch" methode – de combinatie van een oraal anticonceptiemiddel door de vrouw ('de pil') en het condoom door de man – wordt slechts door 40% van de seksueel actieve studenten toegepast[17]. We noteren wel de bemerking dat het niet onderzocht werd of het condoom bij elk seksueel contact werd gebruikt.

Bijna de helft (49%) van de vrouwelijke respondenten in 2009 geeft, volgens onderzoek van Stenhammer C *et al.*[8], aan het condoom gebruikt te hebben bij het eerste seksueel contact met hun laatste (vaste) partner. Vijf jaar later zien we een opmerkelijke daling tot 41%. Met de hoeveelheid communicatie en preventiecampagnes rond SOA's, zou men kunnen verwachten dat jongeren zich bewuster zouden gedragen.

Het onderzoek van Huizinga D J H et al.[18] vond vijf grote barrières voor een niet consequent gebruik van anticonceptie, namelijk: nevenwerkingen, tekort aan informatie, negatieve ervaringen met de gezondheidssector, falen van het anticonceptiemiddel en moeilijkheden met de beschikbaarheid van anticonceptiemiddelen.[40] Naast bovenstaande elementen, noteren we dat er een verband lijkt te zijn tussen opleiding, sociale afkomst, leeftijd en de houding ten opzichte van anticonceptiemiddelen.[18,19,20] Hendrickx K *et al*.[21] vonden dat Belgische (autochtone) jongens seks gerelateerde onderwerpen vaker bespraken met hun partner of ouders. Jongens uit een etnische minderheidsgroep geven dan weer de voorkeur om dit te bespreken met leerkrachten, apothekers of dokters. De steun van de ouders en een goede kwaliteit van communicatie rond seksualiteit met de ouders zijn voor

beide groepen zeer belangrijk. Verder vonden Hendrickx K *et al*. ook dat een positieve houding van de vriendengroep ten opzichte van condoomgebruik, een positieve invloed heeft op de intentie om een condoom te gebruiken bij beide groepen jongeren.

Verder literatuuronderzoek geeft ons te kennen dat wanneer jongeren hun relatie bestempelen als een vaste relatie – en seks zich heeft genormaliseerd – er een overgang wordt vastgesteld van het condoom naar de pil als anticonceptiemiddel. We kunnen concluderen dat er verschuiving lijkt plaats te vinden van risicobeperking naar geboortebeperking. Seksuele gewenning aan elkaar impliceert schijnbaar het verdwijnen van de blootstelling aan seksuele risico's en deze worden bijgevolg ook niet (actief) meer vermeden.[17,22]

Wanneer we het keuzeproces van anticonceptiemiddelen onder de loep nemen zien we een opmerkelijk verschil tussen de mannelijke en vrouwelijke populatie. Volgens de mannelijke studenten wordt dit beslist als koppel, waarbij vrouwen vinden dat ze zelf deze keuze maken. Beide partijen geven wel te kennen dat de dokter slechts een zeer beperkte invloed heeft wat betreft de keuze van anticonceptiemiddel[17]. Het spreekt voor zich dat we met ons onderzoek dit zullen proberen te weerleggen en het belang van de huisarts in de SOA-gerelateerde problematiek zullen proberen aan te tonen.

5.1.3 Kennis over anticonceptie

Alvorens een eigen onderzoek op poten te zetten, vroegen we ons af hoe jongeren het belang inschatten van condoomgebruik en andere vormen van anticonceptie in de preventie van zwangerschap en SOA's. Zo vonden we dat bij universiteitsstudenten de preventie van ongewenste zwangerschappen de belangrijkste motivatie was voor het gebruik van anticonceptie, ongeacht of het over het gebruik van de pil, het condoom of beide ging[17]. Het vermijden van SOA's is slechts voor een kleine minderheid de dominante reden om een anticonceptiemiddel te gebruiken. Slechts 6% van de condoomgebruikers noemt de preventie van SOA's als belangrijkste reden. Zelfs wanneer het condoom wordt gebruikt, is het vermijden van SOA's voor weinig studenten prioritair. Studenten erkennen wel dat het niet nemen van de pil en een losse relatie hebben in plaats van een vaste, factoren zijn die de kans

op het vrijen met condoom faciliteren[17]. Hieruit kunnen we besluiten dat studenten het condoom slechts zien als een alternatief voor, of in het beste geval, een aanvulling op de pil.

Bij rondvraag uit onderzoek van Ine Vanwesenbeeck *et al.*[7] bleek dat 55% het eens is met de stelling 'op de pil kun je nooit helemaal vertrouwen'. Verder is een grote meerderheid (85%) het eens met de volgende stelling 'in verband met aids en andere SOA moet je altijd een condoom gebruiken'. Toch zien we dat in de praktische toepassing van anticonceptie er soms wat fout gaat en er bijgevolg dus geen veilig seksueel contact is. De basis hiervan zijn misvattingen, genderopvattingen, incorrecte risico-inschatting, naïviteit, gebrek aan kennis/vaardigheden en situationele/relationele context. In theorie vinden jongeren anticonceptie een gedeelde verantwoordelijkheid, al zien wat dat dit in de praktijk vaak misloopt (bijvoorbeeld mannen gaan ervan uit dat vrouwen de pil juist gebruiken en laten condoom bijgevolg liever achterwege en vrouwen denken dat de man het condoom zal gebruiken of vinden het condoomgebruik overbodig als ze de pil juist gebruiken). De theoretisch positieve houding van jongeren ten op zicht van anticonceptie (belangrijk anticonceptie goed toe te passen en gelijke verantwoordelijkheid tussen beide partners) loopt in de praktijk dus vaak minder perfect.[17,23]

Adequate kennis rondom seksualiteit en anticonceptie lijkt lang niet altijd aanwezig te zijn bij al de onderzochte jongeren.[23] Dit heeft niet (altijd) als oorzaak dat het kennisniveau onvoldoende was om correct met anticonceptie om te gaan. De oorzaak zou eerder te vinden zijn doordat de informatie die jongeren over anticonceptie hebben gekregen te beperkt is, of dat de informatie bij jongeren slechts gedeeltelijk wordt opgenomen.[23] Als het toch misloopt met de anticonceptie, worden er maatregelen genomen die gefocust zijn op het voorkomen van zwangerschap, eerder dan op de opsporing of de behandeling van mogelijk SOA's.[7,17,23]

5.1.4 Aantal partners

We zien een stijgende trend in het aantal partners van jongeren. Het gemiddeld aantal partners over de laatste 12 maanden bij Zweedse studenten was 1.0 in 1989 in vergelijking met 2.8 in 2014.[8]

Uit onderzoek blijkt dat acht op de tien studenten van eerste bachelor ooit al een vaste relatie had. Gemiddeld genomen hebben de respondenten zowat twee à drie liefjes

gehad[17]. Bijna zes op tien heeft een lief, hoewel 6% getuigt van een eerder losse relatie. Onderzoek van Zweedse vrouwelijke universiteitsstudenten geeft weer dat het totaal aantal seksuele partners in 1989 gemiddeld slechts 4,0 was ten opzichte van 12,1 in 2014.

De gemiddelde relatieduur van jongeren met een lief is met zowat 15 maanden voor eerstekandidatuurstudenten van gemiddeld 19 jaar. Gemiddeld heeft men ongeveer twee seksuele partners gehad, hoewel bij 58% van de seksueel actieve jongeren dit beperkt blijft tot één seksuele partner.[17,42] We zien dat jongeren SOA's niet rechtstreeks toeschrijven aan lange-termijnrelaties, ook niet als deze relatie de zoveelste in rij betreft. Jongeren zijn er van overtuigd dat bij vaste relaties de gevaren van de liefde niet geuit mogen worden en er wordt dus niet naar gehandeld. Er heerst dus een zekere naïviteit betreffende lange relaties en SOA's.[17,42]

5.1.5 Voorlichtingssites

Internet is tegenwoordig zeer belangrijk in de samenleving, ook het gebruik ervan als informatie- en communicatiekanaal nam een grote sprong voorwaarts.[24] 58% van de jongeren heeft een eigen laptop, het internet is voor hen het communicatiemiddel bij uitstek en eveneens een belangrijke bron voor gezondheidsinformatie.[25,26] Jongeren maken in grote getalen gebruik van internet, uit onderzoek blijkt dat bijna 50% van de jongeren internet gebruikt als bron voor seksuele informatie.[9,27] Bollen Nele onderzocht in haar masterproef het effect van informatieboodschappen rond soa's, uitgestuurd via Facebook of mail, op het gedrag van de patiënten. Zij besloot dat email een goed communicatiemedium is om te informeren over seksuele gezondheid. Verder zorgt deze manier van communicatie voor een uitnodigende communicatiesfeer en zelfreflectie, maar het overtuigt de patiënten niet tot gedragsverandering.[28] Jongeren vinden internet een eenvoudig informatiemedium dat daarenboven ook nog eens anoniem en steeds beschikbaar is. 62% van de jongeren geeft aan dat ze gebruik zouden maken van voorlichtingssites over SOA's als deze opgericht zouden worden.[29] Daarnaast geeft ander onderzoek aan dat 909/1337 jongeren internet een goede manier vinden om seksuele voorlichting te geven.[30] Tevens zorgde deze interventie voor een betere kennis van seksualiteit en had het zelfs een klein effect op de attitude van de jongeren ten aanzien van seks gerelateerde onderwerpen[9]. Opmerkelijk is dat voorlichtingssites slecht bekend zijn onder jongeren, verder blijkt ook dat deze zeer weinig bezocht worden. Wanneer

jongeren voorlichtingssites moeten noemen, brengt een aantal jongeren pornosites op.[9,27] Uit de literatuurstudie blijkt dus dan voorlichtingssites een goed medium zou kunnen zijn om correcte seksuele informatie te geven, maar dat deze nog te onbekend zijn bij de meeste jongeren.

5.1.6 Invloeden op seksueel gedrag

In een groot aantal onderzoeken wordt aangetoond dat onvolledige kennis rond anticonceptie een van de belangrijkste redenen is om anticonceptie niet te gebruiken.[31] Andere redenen hiervoor zijn: culturele achtergrond, sociale normen en onvolledige toelichting over dit onderwerp. Verder vinden we dat lagere leeftijd, werkstatus en opleiding het gebruik van anticonceptie bevorderen.[31] Jongere vrouwen zouden beter geïnformeerd zijn rond dit onderwerp, doordat ze meer worden blootgesteld aan sociale media, wat dan weer zou verklaren waarom zij meer noodanticonceptie gebruiken. Kennis kan gezien worden als een goede voorspeller van gedrag. Dit wordt ook bewezen door de studie van Sorafel *et al.* Zij konden aantonen dat het verbeteren van seksuele voorlichting geassocieerd is met een statistisch significante vermindering in het aantal tienerzwangerschappen.[32] Ook in een grootschalige meta-etnografische analyse, uitgevoerd door Moriarty A D, onderzocht men welke factoren jongeren beïnvloeden in de keuze van anticonceptie. Drie grote invloeden kwamen naar voor in deze studie, zowel in positieve als in negatieve zin. Deze zijn: partner, “zelf” en familie.[33,43,44] Er is geen sprake van de (huis)arts of andere gezondheidswerkers als beïnvloedende factoren. Ook vrouwen in Saoedi Arabië geven gezinsleden, sociale media en vrienden als de hoofdbronnen voor informatie rond anticonceptie. Gezondheidsmedewerkers en (huis)artsen worden bij vrouwen uit Saoedi Arabië zelden aangegeven als bron voor informatie rond anticonceptie. Dit is ten zeerste te betreuren, want globaal gezien worden artsen en gezondheidswerkers aanzien als een objectieve en betrouwbare bron van informatie rond dit thema[31] Ook in Vlaanderen komt de informatie over seks en seksueel gedrag niet in de eerste plaats van gezondheidswerkers. Studenten van de KU Leuven geven aan dat ze de info rond seks en seksueel gedrag meekrijgen van school, leeftijdsgenoten of van thuis[17]. Deze informatie is beperkt en focust zich vaak op technische informatie rond de preventie van SOA’s en ongewenste zwangerschappen. Zo wordt seksuele voorlichting herleidt tot boodschappen als ‘doe het veilig’. Autochtone Nederlandse jongeren geven aan

dat ze thuis over dit onderwerp kunnen praten, ze krijgen voorlichting en adviezen op het gebied van anticonceptie en wat de risico's zijn van onveilig vrijen, maar ook hier krijgen ze vaak een (te) enge boodschap mee gefocust op "veilig vrijen". [23] Er wordt vaak niet dieper ingegaan wat dit concreet inhoudt en wat de gevolgen ervan zijn op de toekomst en er is vaak geen aandacht voor de praktische toepassing op intieme en seksuele relaties.[17,45]

Anderzijds concludeerde een onderzoek uitgevoerd door Hilary M *et al.* dat vrouwen zeer veel vertrouwen hebben in beleid van gezondheidswerker wat betreft de keuze van de juiste soort van anticonceptie.[34] Volgens hen kan de arts, op basis van klinische testen en zijn kennis, het beste beslissen welke soort anticonceptie de vrouw moet gebruiken. De patiënt zelf hoeft niet actief deel te nemen aan het beslissingsproces.[34] Hyde A *et al.*[35] onderzochten dit gemis aan praktische toepassing op intieme en seksuele relaties. Ze toonden aan dat enkel informatie geven over seks geen garantie is tot succes, de informatie werd niet steeds correct opgenomen en uitgevoerd. Ook het onderzoek van Mimmie C *et al.*[36] bevestigde deze stelling, toch benadrukte zij dat er een verband is tussen kennis en veilig seksueel contact.

Er heerst dus nood aan het ontwikkelen van effectieve seksuele voorlichting. Dit beaamde het onderzoek uitgevoerd door Mimmie C *et al.* Gezondheidswerkers zouden families moeten aanmoedigen om proactief, eerder dan reactief, de jongeren te benaderen wat betreft seksuele gezondheid en gebruik van anticonceptiva.[36] De seksuele gezondheidszorg zou dus een holistische benadering moeten vinden, dewelke rekening houdt met de ideeën van de samenleving, de cultuur en het gezinsleven. Enkel zo kan een effectief voorlichtings- en preventie programma op punt gesteld worden.[36,44] In het onderzoek van Denus L *et al.*, vond men dat 95% van de vrouwelijke respondenten zich comfortabel voelt om bij hun huisarts extra informatie over de pil te vragen.[37] Hyde A *et al*.[35] formuleerde de raad aan gezondheidswerkers zich in hun campagne meer te focussen op 'het zich klaarmaken' voor seks, het hebben van veilige seks en goede seksuele relaties. Concreet wil dit zeggen dat gezondheidswerkers zich meer zouden focussen op het toepassen van de toekomstbeelden van jongeren, seks en relaties en zo de dialoog over dit onderwerp opentrekken.[35]

Als we dan verder zochten naar de invloed van het SOA-consult op het gedrag van de patiënt vonden we zeer weinig antwoorden in het bestaand onderzoek. In Nederland werd een project uitgebouwd waarbij praktijkassistentes in samenwerking met de gemeentelijke

gezondheidsdienst en SOA Aids Nederland een speciale vorming kregen. Zij zouden dan een half uur uitvoerigere raadgeving en voorlichting over seks en seksueel contact aan patiënten geven. De cliënten gaven in overgrote mate aan dat ze van plan waren het advies dat ze tijdens het consult hadden gekregen, op te volgen. De motiverende gesprekvoeringstrategieën lijken positief gerelateerd aan deze intentie, maar er kon geen uitspraak gedaan worden over de effectieve gedragsveranderingen.[38] Ook een onderzoek van Merry[39] kwam tot hetzelfde besluit.

5.2 Resultaten uit eigen onderzoek

5.2.1 Respondentkarakteristieken uit de consult groep

In de periode dat onze studie liep werden in totaal 106 SOA-consulten gehouden waarbij de respondenten gevraagd werd om zowel de pre-consult als post-consult vragenlijst in te vullen. Er werden 18 pre-consult vragenlijsten ingevuld door patiënten die op SOA-consult kwamen zonder dat er een post-consult vragenlijst werd ingevuld. Deze vragenlijsten verwerkten we niet in onze analyse. Van de 106 patiënten die op SOA-consult kwamen, was 40% mannelijk en 60% vrouwelijk. De leeftijdsspreiding bevindt zich tussen 18 en 27 jaar. Het aantal partners in het afgelopen jaar varieerde tussen 0 en 20 (waarvan 91% tussen 1 en 5). Mannen hadden gemiddeld vier partners in het afgelopen jaar, vrouwen twee. 36% had een vaste relatie en 64% had geen vaste relatie. De grote meerderheid was heteroseksueel, twee VSV's (vrouw seks met vrouw) en vier MSM's (man seks met man). Vijf vrouwen en één man kwamen oorspronkelijk niet op consult voor een SOA, toch kwamen SOA's ter sprake tijdens het consult. Deze respondenten werd ook gevraagd de post-consult vragenlijst in te vullen. 42% van de respondenten was al eerder op SOA-consult geweest.

5.2.2 Respondentkarakteristieken uit de algemene respondentenpopulatie

Tijdens onze studieperiode werd de vragenlijst ingevuld door 582 patiënten die niet op SOA-consult kwamen, waarvan 32 % mannen en 68% vrouwen met een leeftijdsspreiding tussen 18 en 38 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 het Studentengezondheidscentrum was al eerder op SOA-consult geweest.

5.2.3 Anamnese

Eerder uitgevoerd empirisch onderzoek doet geen navraag naar welke thema’s (uit de richtlijnen opgesteld voor de anamnese tijdens het soa-consult) besproken werden tijdens het SOA-consult. Bijna alle respondenten (99,1%) in ons onderzoek bespraken SOA-gerelateerde klachten met de arts. Onveilig seksueel contact (67,0%) en anticonceptie (54,7%) werden in de grootste mate aangehaald door de artsen van het Studentengezondheidscentrum. 34,9% van de respondenten had het met de huisarts over het aantal partners. Voor deze parameters was er geen significant verschil tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten. Anderzijds, bespraken maar 11,3% van de respondenten of er seksueel contact was geweest met iemand van hetzelfde geslacht. Opmerkelijk is dat dit meer besproken werd bij mannen (23,3%) in vergelijking met vrouwen (3,2%). Bij slechts 5,7% van de respondenten werd er gesproken over pijn bij het vrijen, allen van de vrouwelijke populatie. Eenzelfde trend zien we bij het thema abnormaal vaginaal verlies (22,2%). Omgekeerd zien we dat anale seks enkel besproken werd bij 7,0% van de mannelijke respondenten. Verder noteren we dat letsels in de genitale streek in hogere mate besproken werd bij vrouwelijke respondenten (15,9%) in vergelijking met de mannelijke respondenten (4,7%). 6,6% van de respondenten gaven aan orale seks besproken te hebben, waarbij er geen opmerkelijk verschil te bemerken is tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten. Zowel ongewenste zwangerschap en/of abortus, fetisj als andere elementen werd slechts elk met één respondent besproken. Twee respondenten hadden het over vreemdgaan.

Niemand van de respondenten besprak transseksualiteit, erectiestoornissen of seks voor het huwelijk. Seksueel contact met sekswerkers werd evenmin besproken. Dit is opmerkelijk te noemen, aangezien dit thema wel aangehaald en gedocumenteerd wordt in de (NHG) richtlijnen opgesteld voor de anamnese tijdens het soa-consult.

5.2.4 Condoomgebruik

De NHG-standaard (en andere richtlijnen over dit thema) biedt de huisartsenpopulatie een leidraad wat betreft de te bespreken thema's tijdens het SOA-consult. We vroegen aan de studentenpopulatie (n = 106) in welke mate condoomgebruik besproken werd tijdens het consult.

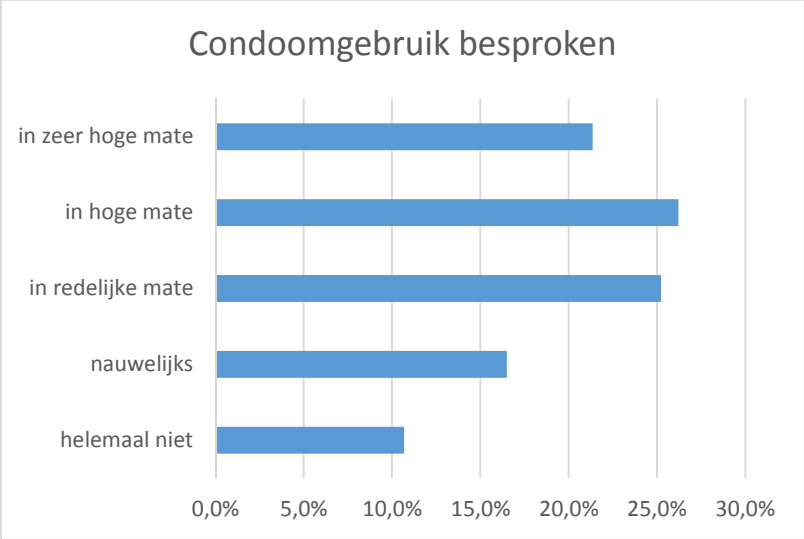


Fig. 2 *Quotering "het condoomgebruik werd besproken tijdens het consult". (N = 102)*

26,7% van de respondenten geeft aan dat condoomgebruik niet of nauwelijks aan bod kwam. Bij bijna de helft van de respondenten (48,6%) werd condoomgebruik in hoge of zeer hoge mate besproken. We zien dat bij vrouwen condoomgebruik in iets hogere mate besproken wordt, waarbij 52,4% van de vrouwelijke respondenten aangeeft het condoomgebruik in hoge of zeer hoge mate besproken te hebben tijdens het consult. Voor de mannelijke respondenten was dit 42,9%.

Om een beeld te kunnen schetsen van het belang van het aansnijden van dit onderwerp tijdens het SOA-consult, vroeger we zowel voor als na het consult hoe belangrijk de respondenten het condoomgebruik inschatten ter preventie van de zwangerschap en SOA's.

We noteren dat er slechts kleine verschillen waar te nemen zijn tussen het pre- en post-consult wat betreft het belang van condoomgebruik als voorbehoedsmiddel voor zwangerschap. Pre-consult zien we dat 56,7% het belang hoog tot zeer hoog inschat, in vergelijking met 60,6% post-consult. Aan het andere eind van het spectrum, hechten 19,2%

van de respondenten geen tot nauwelijks belang aan het condoomgebruik als voorbehoedsmiddel voor zwangerschap pre-consult. Post-consult zien we een licht positievere uitkomst (14,4%).

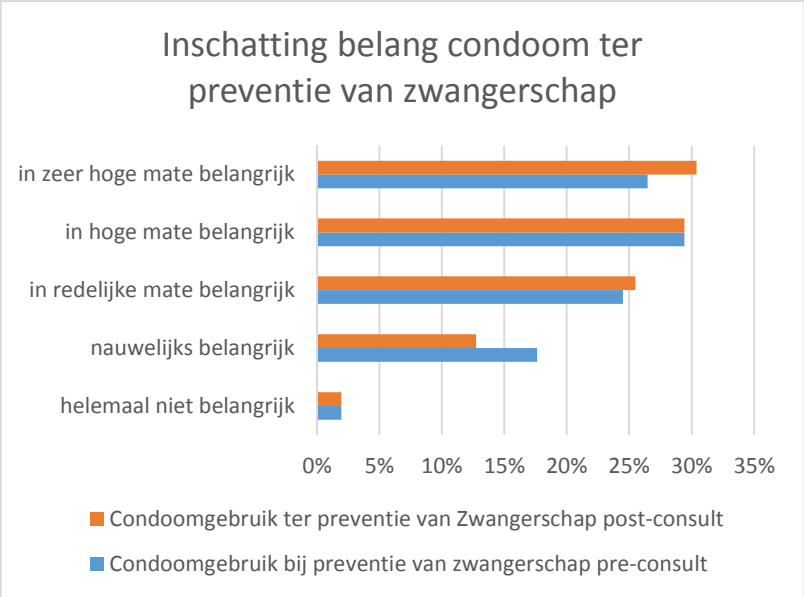


Fig. 3 *Inschatting van het belang van condoomgebruik bij preventie van zwangerschap pre- en post-consult (N = 102)*

We zien wel dat vrouwelijke respondenten pre-consult minder vertrouwen hebben in condoomgebruik als voorbehoedsmiddel voor zwangerschap. 24,2% van de vrouwelijke respondenten heeft er nauwelijks of geen vertrouwen in, waarbij dit bij de mannelijke respondenten slechts 11,9% is. Post-consult noteren we gelijkaardige gegevens voor de mannelijke respondenten, waarbij 12,2% aangeeft geen of nauwelijks vertrouwen te hebben in het gebruik van een condoom als voorbehoedsmiddel voor zwangerschap. We zien wel een opmerkelijke daling bij de vrouwelijke respondenten tot 15,9% (in vergelijking met 24,2%) post-consult. Zowel de mannelijke als vrouwelijke respondenten hechten in hoge of zeer hoge mate belang aan condoomgebruik als voorbehoedsmiddel voor zwangerschap pre- en post-consult, respectievelijk 68,3% en 55,6%.

Wanneer we de resultaten van het condoomgebruik ter preventie van SOA's bekijken, zien we meteen een belangrijk verschil ten opzichte van de preventie van zwangerschap. Pre-consult heeft maar liefst 97,1% van de respondenten een hoog of zeer hoog vertrouwen in het gebruik van een condoom ter preventie van SOA's. We kunnen pre- en post-consult, alsook tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten, geen opmerkelijke verschillen opmeten.

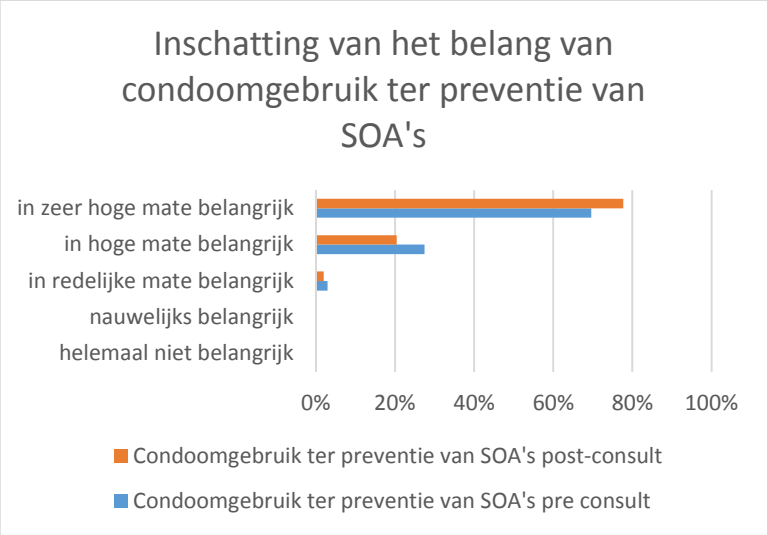


Fig. 4 *Inschatting van het belang van condoomgebruik bij preventie voor seksueel overdraagbare aandoeningen pre- en post-consult (N = 102)*

Met bovenstaande resultaten in het achterhoofd is het interessant om te noteren dat 60,5% van de mannelijke en 60,3% van de vrouwelijke respondenten iets heeft bijgeleerd tijdens het SOA-consult waardoor ze hun gedrag in de toekomst zouden kunnen veranderen wat betreft het condoomgebruik. Daarenboven, plant maar liefst 72,1% ook daadwerkelijk zijn (60,4%) of haar (77,8%) gedrag aan te passen wat betreft het condoomgebruik als voorbehoedsmiddel voor zwangerschap of SOA's. 58.5% zegt in hoge of zeer hoge mate vertrouwen te hebben in het feit dat ze hun gedrag ook effectief zullen veranderen.

5.2.5 Andere vormen van anticonceptie

Na het consult vroegen we aan de respondenten of ze iets hadden bijgeleerd over andere vormen van anticonceptie waardoor ze eveneens ook hun gedrag zouden kunnen aanpassen. Met andere vormen van anticonceptie doelen we op andere vormen dan het condoomgebruik. 9,4% van de respondenten geeft post-consult aan iets te hebben bijgeleerd over andere vormen van anticonceptie. We noteren wel een duidelijk verschil over het geslacht, waarbij slechts 2,5% van de mannelijke respondenten aangeeft iets bijgeleerd te hebben tegenover 14,5% van de vrouwelijke respondenten. Wanneer we kijken welke respondenten hun gedrag plannen te veranderen na het consult, zien we een gelijkaardige trend. Slechts 4,5% van de mannelijke respondenten tegenover 16,5% van de vrouwelijke respondenten plant hun gedrag te veranderen.

Als we de respondenten na het consult de vraag stelden hoeveel vertrouwen ze hadden of ze hun gedrag ook daadwerkelijk zouden veranderen wat betreft anderen vormen van anticonceptie, antwoordde 36.8% dat ze er geen of nauwelijks vertrouwen in hadden. 16,0% heeft er in redelijke mate vertrouwen in. 14,1% van de respondenten geeft aan er in hoge tot zeer hoge mate vertrouwen in te hebben. We zien wel dat meer vrouwelijke respondenten een hoog tot zeer hoog vertrouwen uitspreekt in vergelijking met de mannelijke respondenten, respectievelijk 27,1% en 8,1%.

5.2.6 Aantal partners

We hebben de respondenten post-consult gevraagd of ze iets hebben bijgeleerd over (de mogelijke risico's van) een hoger aantal partners. Het overgrote merendeel van de respondenten geeft aan niets te hebben bijgeleerd (87,3%) en plant zijn of haar gedrag niet aan te passen in de toekomst (82,7%). We noteren slechts minimale verschillen tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten.

Anderzijds zien we dat ongeveer een vierde (25,5%) van de respondenten er in hoge of zeer hoge mate van overtuigd is dat hij of zij zijn gedrag zal aanpassen wat betreft het aantal partners. Hier zien we geen significant verschil tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten. Wanneer we het andere eind van het spectrum bekijken, noteren we dat 69,2% van de mannelijke en 42,2% van de vrouwelijke respondenten er nauwelijks of geen vertrouwen in heeft dat hij of zij hun gedrag zullen aanpassen. De mannelijke respondenten lijken er, algemeen genomen, dus minder vertrouwen in te hebben dat ze hun gedrag zullen aanpassen.

5.2.7 Voorlichtingssites

94,3% van de respondenten geeft aan dat zijn vragen in hoge of zeer hoge mate beantwoord werden tijdens het consult. We merken geen significant verschil op tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten. Slechts 2,0% van de respondenten geeft aan dat zijn of haar vragen niet of nauwelijks beantwoord werden tijdens het SOA-consult. Toch geeft bijna de helft van de respondenten (45,6%) aan dat ze nog verdere informatie zullen opzoeken op voorlichtingssites zoals sensoa.be of seksualiteit.be. Ook hier zien we geen

significant verschil over de geslachten. 37,6% van de respondenten geeft aan ooit al gespecialiseerde voorlichtingssites geconsulteerd te hebben. Aangezien dit impliceert dat 62,4% van de respondentenpopulatie deze websites nog niet geconsulteerd heeft, lijkt het erop dat het belang van deze websites duidelijker gecommuniceerd moet worden.

Wanneer we inzoomen op hoe de respondenten informatie kregen over seksualiteit of SOA's, dan zien we dat dit het vaakst gebeurde via verbale communicatie (94,3%). In 39,6% kregen de respondenten een folder te zien waarin meer informatie te lezen was. We noteren wel dat dit vaker het geval was bij de vrouwelijke respondenten (47,6%) in vergelijking met de mannelijke respondenten (27,9%). Vervolgens was er nog een kleinere groep (9,4%) die informatie kreeg via verwijzingen naar websites zoals sensoa.be en seksualiteit.be. Er was geen significant verschil overeen het geslacht.

Geen van de respondenten gaf aan per mail of via audiovisueel materiaal (DVD, Youtube) additionele informatie vergaard te hebben. Enkele respondenten wilden geen verdere informatie verkrijgen tijdens het consult.

6 Voor- en nadelen van de studie

6.1 Voordelen van de studie

In deze studie konden we een relatief groot aantal respondenten betrekken die op SOA-consult kwamen. Dankzij het unieke karakter van het Studentengezondheidscentrum was dit een dankbare kans. Dit garandeerde ons een groot bereik op een korte tijdspanne. Aangezien SOA's een veel voorkomende pathologie is onder de respondenten, konden we veel gegevens verzamelen pre- en post-consult. Met deze resultaten kregen we een gedegen inzicht over welke thema's besproken werden door de huisartsen van het Studentengezondheidscentrum tijdens het SOA-consult. Verder konden we nagaan wat de invloed van de consultatie was op de kennis en het gedrag van de studenten wat betreft condoomgebruik, andere vormen van anticonceptie en aantal partners. We konden ook bestuderen wat de bekendheid van voorlichtingssites is bij de studenten.

Door het specifieke karakter van de praktijk is dit een zeer leerrijke studie geweest voor deze specifieke populatie, de Nederlandstalige studenten verbonden aan de KU Leuven.

6.2 Nadelen van de studie

Een eerste nadeel van de studie is dat deze in slechts een praktijk verliep, waardoor we geen algemene conclusies kunnen trekken voor andere praktijken. Ook maken we nog de bemerking dat een huisartsenpraktijk als het Studentengezondheidscentrum geen weergave is van de doorsnee huisartsenpraktijk. Er zit namelijk een sterke selectie op de patiëntenpopulatie. Ons centrum is daarbij nog een groep-specifieke dienst, wat als drempelverlagend wordt ervaren om op SOA-consult te komen.

Ten tweede is het seksuele en relationele gedrag van studenten die studeren of werken voor de KU Leuven niet representatief voor alle jongeren in Vlaanderen. Deze jongeren zijn bovendien hoger opgeleid dan gemiddeld. Deze studenten hebben veelal gedurende hun levensloop voldoende financiële, emotionele en intellectuele bagage en ondersteuning verkregen. Dit is zeker niet van toepassing op alle jongeren. Deze elementen hebben zeker ook hun invloed op de kennis van relaties, seksualiteit en anticonceptiegebruik. Verder onderzoek bij een representatieve staal van de Vlaamse jeugd is daarom noodzakelijk.

Ondanks de bestaande literatuur 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).

Ook moeten we een kanttekening maken dat het invullen van de post-consult vragenlijst. We vroegen de artsen om de tijd dat de patiënt nodig had om de vragenlijst in te vullen, zich bezig te houden buiten de consultatieruimten. Toch is het onvermijdbaar dat de patiënt zich toch enigszins laat beïnvloeden doordat hij/zij de vragenlijst invult terwijl de arts waar hij/zij net een consult bij had in de buurt was.

Een ander nadeel is dat de vragenlijsten afgenomen zijn bij een patiëntenpopulatie (individuen die reeds “health-seeking behaviour” vertonen) van een huisartsenpraktijk, 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.

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

Ook maakten wij ons achteraf de bedenking dat we enkele elementen niet nagevraagd hebben die misschien wel interessant konden zijn. In de pre-test hebben we niet (actief) nagevraagd via welke informatiebronnen (internet, peers, ouders, school,...) de respondenten hun kennis hadden vergaard wat betreft anticonceptie en kennis over SOA. In de post-consult vragenlijst hebben we bovendien niet nagevraagd wat het geslacht was van de arts die het consult afnam, we hebben eveneens niet (actief) nagevraagd of er sprake was van (angst voor) partnergeweld. Een tweede onderzoek, een aantal weken na het eerste, had ons ook informatie kunnen geven over hoe de studenten hun gedrag daadwerkelijk hadden veranderd.

Als laatste kunnen we maar beperkte conclusies uit ons onderzoek trekken, omdat we geen statistische verwerking hebben gedaan op de resultaten. Bepaalde resultaten zijn positief, maar we mogen hier geen conclusies uit trekken voor grotere bevolkingsgroepen. We kunnen niet met zekerheid causale verbanden aantonen. We mogen dan ook niet besluiten dat de aangegeven veranderingen in gedrag het rechtstreeks gevolg zijn van het SOA-consult. Toch durven we opmerken dat het weinig waarschijnlijk is dat er andere invloeden dan het SOA-consult optraden in de tijd tussen het invullen van de pre-consult en de post-consult vragenlijst.

7 Discussie

Er werden reeds verschillende richtlijnen uitgeschreven om de huisarts een leidraad te bieden over wat er allemaal moet besproken worden tijdens het soa-consult. Deze richtlijnen zouden het de huisarts makkelijker moeten maken om een correcte risico inschatting te maken en bijgevolg een betere soa-preventie uit te voeren bij zijn patiëntenpopulatie. Ondanks het feit dat er veel onderzoek is uitgevoerd naar wat de arts zou moeten navragen bij zijn patiënten, is er weinig gekend over wat de huisarts nu effectief bevraagt. Loopt het soa-consult in de praktijk even vlekkeloos als de richtlijn het voorschrijft en volgt de huisarts de richtlijnen nauwgezet op?

Uit ons onderzoekt blijkt dat de huisartsenpopulatie bij het Studentengezondheidscentrum frequent navraag doet naar soa-gerelateerde klachten, onveilig seksueel contact en anticonceptie tijdens de anamnese van het SOA-consult. Voor deze thema's zien we dat de richtlijnen goed worden nageleefd. De huisarts moet echter meer aandacht vestigen op het bespreken van het aantal partners van de patiënt en orale seks. Ook wordt er veel te weinig navraag gedaan naar anale seks en of er seksueel contact was met iemand van hetzelfde geslacht. Deze laatste twee thema's worden ook bijna uitsluitend nagevraagd bij mannelijke respondenten. Nog opvallender is de vaststelling dat niemand van de respondenten seksueel contact met sekswerkers besprak met de huisarts. Dit is op zijn minst opmerkelijk te noemen, aangezien al deze thema's wel aangehaald en gedocumenteerd worden in de richtlijnen (die verschenen rond anamnese tijdens het soa-consult).

Verder onderzoek zou moeten uitwijzen waarom de huisarts deze onderwerpen niet ter sprake brengt. Is de achterliggende reden schaamte of vindt de huisarts dat hij deze thema's niet mag/kan ter sprake brengen? Of vraagt de huisarts deze thema's niet na omdat hij niet weet dat deze thema's volgens de richtlijnen ook besproken moeten worden? En worden sommige thema's enkel besproken bij mannen, omdat huisartsen daar een hoger gezondheidsrisico inschatten?

De NHG richtlijn (en andere richtlijnen rond dit thema) geeft ook het advies om steeds onveilig seksueel contact te bespreken met de patiënt, wat impliceert dat condoomgebruik

ook besproken zou moeten worden. In ons onderzoek zien we hier geruststellende cijfers over, bijna de helft van de respondenten besprak condoomgebruik in hoge of zeer hoge mate. Toch kunnen we anderzijds vaststellen dat in 26,7 % van de gevallen er slechts in beperkte mate (of helemaal niet) over condoomgebruik werd gesproken. Hier kunnen we de studentenartsen attent op maken zodat dit cijfer nog zal dalen in een eventueel vervolgonderzoek.

De uitgevoerde literatuurstudie leerde ons dat kennis een grote invloed heeft op gedrag. Het is dus zeer nuttig de impact van het bespreken van het condoomgebruik op de kennis en het gedrag van de patiënt na te gaan. Ongeveer 60% van de respondenten heeft iets bijgeleerd tijdens het soa-consult waardoor ze hun gedrag in de toekomst zouden kunnen veranderen wat betreft het condoomgebruik. Toch is er maar een zeer beperkte stijging post-consult wat betreft het inschatten van het belang van condoomgebruik ter preventie van zwangerschap. Verder merken we op dat bij de vrouwelijke respondenten er een verschuiving plaatsvindt in hun mening. Post-consult is het wantrouwen van vrouwen in condoom ter bescherming van zwangerschap gedaald met een kleine 10%. Mannen hun mening wordt nauwelijks beïnvloed door het consult. We kunnen hieruit afleiden dat het erop lijkt dat de mannelijke respondentenpopulatie niets heeft bijgeleerd wat betreft het condoomgebruik ter preventie van de zwangerschap.

We onderzochten eveneens of de nieuwe kennis dan te vinden was in condoomgebruik ter preventie van SOA's. Na onderzoek van dit thema kunnen we vaststellen dat patiënten reeds goed geïnformeerd zijn over dit onderwerp. Pre-consult heeft maar liefst 97,1% van de respondenten een hoog of zeer hoog vertrouwen in het gebruik van een condoom ter preventie van SOA's. We kunnen pre- en post-consult, alsook tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten, geen opmerkelijke verschillen opmeten.

Wat de respondenten dan precies hebben bijgeleerd over condoomgebruik kunnen we moeilijk in kaart brengen. Misschien is het herhalen van de al vergaarde kennis nuttig of waren er kleinere details rond condoomgebruik waar de patiënt nu een beter zicht op heeft. Verder onderzoek is hiervoor noodzakelijk. Doordat er niet veel verschuiving is in het inschatten van condoom ter preventie en zwangerschap en SOA pre- en post-consult, zouden

we kunnen stellen dat jongeren reeds goed geïnformeerd zijn rond dit onderwerp door contact met diverse media of voorlichtingscampagnes op school.

Als laatste durven we op te merken dat het bespreken van condoomgebruik een grote impact heeft, maar liefst 72,1% van de respondenten plant ook daadwerkelijk zijn (60,4%) of haar (77,8%) gedrag aan te passen wat betreft het condoomgebruik als voorbehoedsmiddel voor zwangerschap of SOA's. 58.5% van de respondenten geeft aan in hoge of zeer hoge mate vertrouwen te hebben in het feit dat ze hun gedrag ook effectief zullen veranderen. Natuurlijk is vervolgonderzoek noodzakelijk om na te gaan of de respondenten dit ook nakomen. Toch kunnen we de opmerking maken dat met een kleine moeite, een grote verandering zou kunnen bereikt worden. Het is dus van absoluut belang dat de huisarts dit thema blijft aanhalen bij elk consult, aangezien het een groot effect lijkt te hebben op het geplande gedrag van de respondent.

Tijdens het SOA-consult werd niet enkel het condoom als anticonceptie besproken, ook andere vormen van anticonceptie (zoals pil, spiraal, ...) werden besproken. Het aandeel respondenten dat hierover iets heeft bijgeleerd is betrekkelijk kleiner dan in de groep rond condoomgebruik. Maar een kleine 10% van de respondenten geeft post-consult aan iets bijgeleerd te hebben over andere vormen van anticonceptie. Het aandeel dat dit aangeeft is wel 6 keer groter bij de vrouwen dan bij de mannelijke respondenten, deze trend zet zich verder in de verandering van het gedrag. Slechts 4,5% van de mannelijke respondenten tegenover 16,5% van de vrouwelijke respondenten plant hun gedrag te veranderen. 14% van de respondenten heeft in hoge tot zeer hoge mate vertrouwen in het feit dat ze hun gedrag wat betreft andere vormen van anticonceptie effectief zullen veranderen. In deze groep vindt men 3 maal zoveel vrouwen dan mannen. We maken hier de bedenking dat een kleinere groep van mannen hier iets bijleert, omdat dit thema waarschijnlijk bij hen in mindere mate wordt besproken. Andere vormen van anticonceptie, buiten het condoom, houden vooral hormonale vormen en IUD (intra uteriene device) in en deze soorten anticonceptie hebben in het bijzonder betrekking op vrouwen. Ook hier geldt de bedenking dat verder onderzoek naar het al dan niet veranderen van gedrag moet uitgevoerd worden.

Het overgrote deel van de respondenten geeft aan niets bij te leren over de risico's van een groot aantal partners. Dit geldt in dezelfde mate voor mannen en vrouwen. Deze

groep plant na het consult ook niet zijn of haar gedrag te veranderen. Toch zien we – wat tegenstrijdig is met de resultaten hierboven aangehaald – dat ongeveer een vierde (25,5%) van de respondenten er in hoge of zeer hoge mate van overtuigd is dat hij of zij zijn gedrag zal aanpassen wat betreft het aantal partners. We vermoeden dat de respondent geen nieuwe elementen hebben aangeleerd in verband met de risico's van een groot aantal partners, maar dat zij door over het thema te praten wel een zelfreflectie houden en daaruit besluiten trekken wat betreft hun seksueel gedrag.

Bijna al de respondenten geven aan dat zijn/haar vragen in hoge of zeer hoge mate beantwoord werden tijdens het consult. Het vaakst gebeurde dit via verbale communicatie. Een kleine helft van de respondenten kreeg een folder te zien waarin meer informatie te lezen was. Dit gebeurde bijna twee maal meer bij vrouwelijke respondenten dan bij mannelijke. Vervolgens was er nog een kleinere groep die informatie kreeg via verwijzingen naar websites zoals sensoa.be en seksualiteit.be.

Toch geeft bijna de helft van de respondenten aan dat ze nog verdere informatie zullen opzoeken op voorlichtingssites zoals sensoa.be of seksualiteit.be, ook hier zien we geen significant verschil over de geslachten. 62,4% van de respondentenpopulatie heeft nog nooit gebruik gemaakt van voorlichtingswebsites, het lijkt dus van belang dat het bestaan van deze websites duidelijker gecommuniceerd moet worden.

8 Conclusie

We kunnen bevestigen dat er duidelijke richtlijnen zijn opgesteld voor de anamnese tijdens het SOA-consult. Voor bepaalde thema's worden deze goed opgevolgd door de huisartsen van het Studentengezondheidscentrum, maar er moet meer aandacht besteed worden aan de volgende thema's: seksueel contact met hetzelfde geslacht, soorten seksueel contact, aantal partners en contact met sekswerkers.

Het bespreken van de thema's, opgelegd door de verschenen richtlijnen hierrond, tijdens de anamnese van het SOA-consult heeft een milde impact op de kennis van de respondenten. Het heeft echter een grotere impact op het (geplande) gedrag van de respondent. Of dit nu verband houdt met het verruimen van de kennis van de respondent rond dit thema of dat we het verband ergens anders moeten zoeken (bijvoorbeeld door zelfreflectie na het SOA-consult), kunnen we niet duidelijk in kaart brengen. Vervolgonderzoek is hiervoor noodzakelijk.

We kunnen ook besluiten dat er meer werk gemaakt moeten worden om voorlichtingssites, een goede en betrouwbare bron van informatie, meer gekend te maken bij de jongeren. Spreken over seks en seks gerelateerde onderwerpen is bovendien kosten-baten gezien zeer voordelig.

Uiteraard zal er verder onderzoek moeten gebeuren in een meer representatieve patiëntenpopulatie en zou er nog onderzocht moeten worden of de respondenten hun gedrag nu ook daadwerkelijk hebben aangepast.

9 Bronnen

1 Zebiene E et al. Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania. International Journal for Quality in Healthcare 2004; 16(1): 83-89.

2 Williams S et al. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? Family Practice 1995; 12(2): 193-201.

3 Wolf MH et al. Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patients' perceptions of physician behavior. Journal of Behavioral Medicine 1978; 1(4): 391-401.

4 Spark S et al. Using computer-assisted survey instruments instead of paper and pencil increased completeness of self-administered sexual behavior questionnaires. Journal of Clinical Epidemiology 2015; 68(1): 94-101.

5 Leusink P. Seks, dat spreekt vanzelf? Huisarts & Wetenschap 2015; 58(11): 582-585.

6 Barham L, Lewis D en Latimer N. One to one interventions to reduce sexually transmitted infections and under the age of 18 conceptions: a systematic review of the economic evaluations. Sexually Transmitted Infections 2007; 83(6): 441-446.

7 Vanwesenbeeck I et al. Seks en seksuele risico's bij VMBO-scholieren anno 2002. Tijdschrift voor Seksuologie 2003; 27: 30-39.

8 Stenhammer C et al. Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden – repeated surveys over a 25-year period. Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica 2015; 94(3): 253-264.

9 Bakker F (Rutgers WPF). Seksueel gedrag: Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status en etniciteit? Rijksinstituut voor Volksgezondheid. Beschikbaar via www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/seksueel-gedrag/verschillen-sociaaleconomisch-en-etniciteit/. Geraadpleegd 2015 maart 10.

10 Brugman E, Goedhart H, Vogels T, van Zessen G. Jeugd en seks, resultaten van het nationale scholierenonderzoek (1995). Utrecht: SWP.

11 Carpentier N, Van Hove E, Knops N. Van risicogroepenbenadering naar risicosituatiebenadering in het aids-gezondheidsbeleid. In Vierde symposium over volksgezondheid (21 oktober 1995). 1995.

12 Brook G et al. 2013 UK national guideline for consultations requiring sexual history taking. British Association for Sexual Health and HIV. Beschikbaar via www.bashh.org/documents/Sexual%20History%20Guidelines%202013%20final.pdf. Geraadpleegd 2015 januari 20.

13 Nederlands huisartsen genootschap. Het soa consult. Nederlands huisartsen genootschap. Beschikbaar via www.nhg.org/standaarden/samenvatting/het-soa-consult#idm8629072. Geraadpleegd 2015 januari 19.

14 Sensoa. Anticonceptiegebruik bij Belgische jongeren en volwassenen: feiten en cijfers. Portaalsite Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid. Beschikbaar via www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/anticonceptiegebruik-bij-belgische-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers. Geraadpleegd 2015 augustus 20.

15 Peremans L, Van Leeuwen E, Delvaux N, Keppens K en Yikilkan H. Richtlijn hormonale anticonceptie. Domus Medica vzw. Beschikbaar via www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/hormonaleanticonceptie.html. Geraadpleegd 2015 september 18.

16 Brosius I. De rol van de huistarts in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen: een evidence-based werkmodel. Universitair Centrum Voor Huisartsen Opleiding. Beschikbaar via www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B43e00df0-efb0-9756-6cd8-872a30d64fc6%7D_Brosius-Isabel-scriptie.pdf. Geraadpleegd 2015 augustus 20.

17 Vanhove, T. & Matthijs, K. (2004). De macht der seksuele gewoonte: relaties, seks en anticonceptiegebruik bij universiteitsstudenten. Conference proceeding, paper.

18 Huizinga D J H, THE GREATEST HORMONAL EXPERIMENT EVER? An interdisciplinary investigation into the influence of the birth control pill on women in Western societies. Bachelor thesis Faculty of Humanities (2015).

19 Moreau C et al. Trends and determinants of use of long-acting reversible contraception use among young women in France: results from three national surveys conducted between 2000 and 2010. Fertility and Sterility 2013; 100(2): 451-458.

20 Mittal M, Senn T E, Carey M P. Fear of violent consequences and condom use among women attending an STD clinic. Women Health 2016; 53(8): 795-807.

21 Hendrickx K et al. Condoomgebruik bij laaggeschoolde adolescenten van verschillende herkomst. Maandblad van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen 2010; 39(2): 64-69.

22 Colleen D et al. Correlates of safer sex communication among college students. Journal of Advanced Nursing 2000; 32(3): 658-665.

23 de Neef M, van Dijk L. Achtergronden van inadequaat anticonceptiegebruik bij jongeren. Rutgers kenniscentrum seksualiteit. Beschikbaar via www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF-Onderzoek/Achtergronden_van_inadequaat_anticonceptiegebruik_2010.pdf. Geraadpleegd 2015 februari 12.

24 De Nooijer J et al. (2005). Bevordering van gezond gedrag via internet: nu en in de toekomst. Maastricht: Maastricht University.

25 Hoek van Dijke N. Alles over het mediagebruik van jongeren. Alles over jongeren. Beschikbaar via www.allesoverjongeren.nl/mediagebruik-van-jongeren/. Geraadpleegd 2015 april 9.

26 Pardoen J, Pijpers R. Verliefd op Internet. Duivendrecht: SWP; 2006. p. 141.

27 Nijkamp I. Van twee kanten bekeken: seksuele voorlichting op internet. Universiteit Twente. Beschikbaar via essay.utwente.nl/504/1/scriptie_Nijkamp.pdf. Geraadpleegd 2015 juli 28.

28 Bollen N. Selectieve screening op SOA's: voor welke patiënten en hoe deze doelgroep motiveren? Universitair Centrum Voor Huisartsen Opleiding. Beschikbaar via www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B9a7ba7d4-ceb3-4477-6960-3e85566111d6%7D_manamascriptie_2015_Nele_Bollen.pdf. Geraadpleegd 2015 september 3.

29 Goold PC, Ward M, Carlin EM. Can the Internet be used to improve sexual health awareness in web-wise young people? Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2003; 29(1): 28-30.

30 Chao-hua L et al. Can the Internet Be Used Effectively to Provide Sex Education to Young People in China? Journal of Adolescent Health 2006; 39(5): 720-728.

31 Karim et al. Emergency contraception: Awareness, attitudes and barriers of Saudi Arabian Women. Pakistan Journal of Medical Science 2015; 31(6): 1500-1505.

32 Girma S et al. Is education the best contraception: The case of teenage pregnancy in England? Social Science & Medicine 2015; 131: 1-9.

33 Moriarty Daley A. What Influences Adolescents' Contraceptive Decision-Making? A Meta-Ethnography. Journal of Pediatric Nursing: Nursing care of Children and families 2014; 29(6): 614-632.

34 Schwandt H M et al. "Doctors are in the best position to know…": The perceived medicalization of contraceptive method choice in Ibadan and Kaduna, Nigeria. Patient Education and Counseling 2016; e-publicatie.

35 Hyde A et al. The role of knowledge in the contraceptive behaviour of sexually active young people in state care. Sexual & Reproductive Healthcare 2016; 0(0): Article in Press.

36 Mimmie C et al. Factors Influencing Contraception Awareness and Use: The Experiences of Young African Australian mothers. Journal of Refugee Studies 2015; 28(3) 368-387.

37 Denis L et al. Contraception: a questionnaire on knowledge and attitude of adolescents, distributed on Facebook. International Journal of Adolescent Medicine and Health 2015; 18: e-publication.

38 Van Bergen J. De assistente als love-coach: een spreekuur seksuele gezondheid. Huisarts en Wetenschap 2014; 57(11): 596-600.

39 Moos M K, Bartholomew N E, Lohr K N. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. Contraception 2013; 67(2): 115-132.

40 Puig C, Bass J. Emergency contraception in Europe: equal access for all? Entre Nous: The European Magazine for Sexual and Reproductive Health 2013; 79: 1-28.

41 van Lunsen R. Seks onder je 25e. Rutgers kenniscentrum seksualiteit. Beschikbaar via www.rutgers.nl/feiten-en-cijfers/seksuele-gezondheid-en-gedrag/seks-onder-je-25e. Geraadpleegd 2015 mei 6.

42 Voorgedragen op het Eerste Vlaams Wetenschappelijk Congres over Seksuele Gezondheid, georganiseerd door Sensoa, Gent, 7 mei 2004.

43 Hattem M R. De invloed van opvoeding op gezond seksueel gedrag van jongeren. Bachelor thesis Faculty of Social and Behavioural Sciences (2014).

44 Pliskin K L. Verbal Intercourse and Sexual Communication: Impediments to STD Prevention. Medical Anthropology Quarterly 1997; 11(1): 89-109.

45 van den Bosch F. Wat zit er achter de soa-test? : een behoefteanalyse op de Poli Seksuele Gezondheid naar aanvullende zorg over seks, liefde en relaties in de vorm van eHealth. Master thesis Gezondheidspsychologie (2015)

46 Hublet A, Vereecken C, Maes L (2011). Niet-gepubliceerd: Studie Jongeren en Gezondheid 2010. Universiteit Gent: Vakgroep Maatschappelijke gezondheidkunde.

47 Beyers W. Niet-gepubliceerd: Samenvatting van de gegevens uit het onderzoek over seksueel gedrag 2007-09. Universiteit Gent, editor. 2010.

10 Bijlagen

10.1 Vragenlijsten

10.1.1 Pre-consult vragenlijst

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

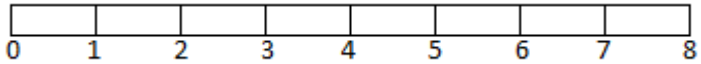
1.a Kom je vandaag naar de arts ivm sexueel overdraagbare aandoeningen? Ja – Nee
1.b Zoja, wat is je reden om vandaag naar de arts te gaan (meerdere mogelijkheden):

- 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……

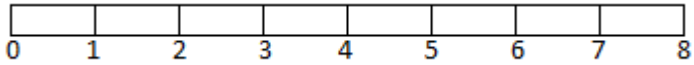
2.a Ben je ooit al op consultatie geweest in verband met Sexueel overdraagbare aandoeningen (SOA’s) ? Ja / Nee (omcirkel)

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)

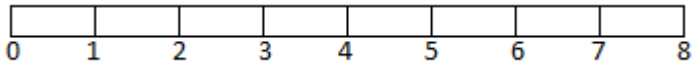
- De arts is mijn vaste arts



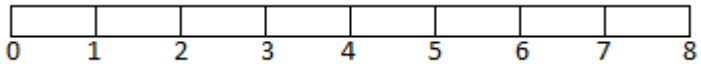
- De arts is een ongekende arts



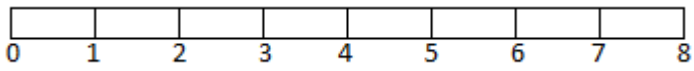
- De arts is een man



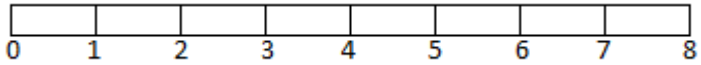
- De arts is een vrouw



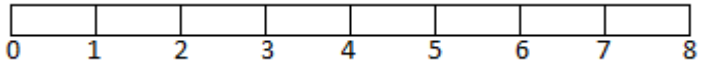
- Er is online afspraken systeem



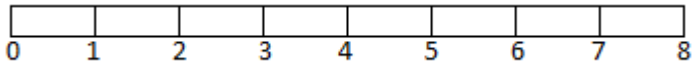
- Er is een telefonisch afspraken systeem



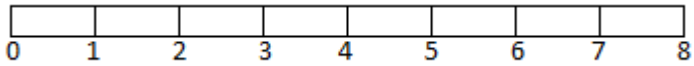
- Ik ben reeds op SOA-consult geweest (schaal + NVT)



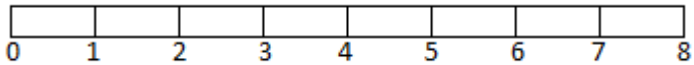
- Ik heb het al eens met vrienden/familie/partner besproken.



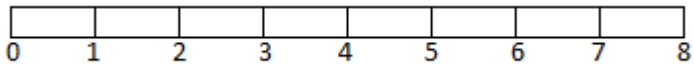
- Ik weet al op welke manier en op wat er allemaal getest wordt.



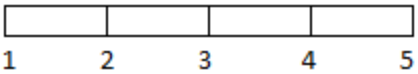
- De arts verwittigd zelf mijn ex-partners wanneer blijkt dat ik een soa heb (zodat mijn anonimiteit gegarandeerd blijft).



- 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)



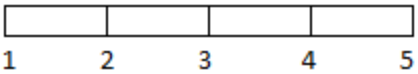
3b. Is je vaste huisarts (vink aan):

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

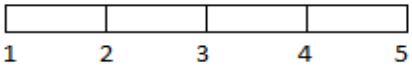
4. Ik of mijn partner(s) gebruiken het condoom (vink aan):

- o nooit
- o zelden
- o soms
- o vaak
- o meestal
- o 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)

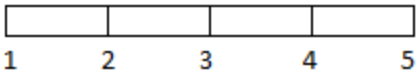


6. Heb je de sites www.sensoa.be en www.seksualiteit.be al eerder gecontacteerd om antwoorden op je vragen te krijgen?
Ja / Nee (omcirkel)

10.1.2 Post-consult vragenlijst

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

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

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

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

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

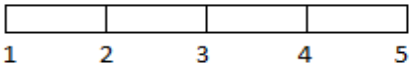
Of: NVT (ik had geen gevoelens rond SOA's die ik wou bespreken)

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)



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.

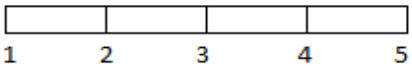
Condoom-gebruik	Ja/nee
Andere vormen van anticonceptie	Ja/Nee
Aantal-partners	Ja/nee
Specifieke contacten (vaginaal/oraal/anaal/anderen)	Ja/nee

7b. Plan je je gedrag te veranderen?

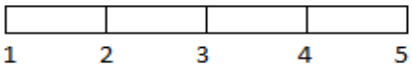
Condoom-gebruik	Ja/nee
Andere vormen van anticonceptie	Ja/Nee
Aantal-partners	Ja/nee
Specifieke contacten (vaginaal/oraal/anaal/anderen)	Ja/nee

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)

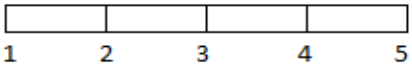
Condoom-gebruik



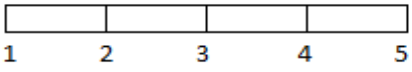
Andere vormen van anticonceptie



Aantal-partners



Specifieke contacten (vaginaal/oraal/anaal/anderen)



10.2 Goedkeuring Ethische Commissie

10.2.1 Aanvraagformulier

Geïnformeerde toestemming – Informed Consent
"Verwachtingen en tevredenheid over de communicatie bij het soa (Sexueel Overdaagbare Aandoeningen)-consult: analyse van een studentenpopulatie. "

Ik,……., ben op de hoogte dat mijn gegevens (anoniem) gebruikt zullen worden voor wetenschappelijk onderzoek, meer specifiek naar de verwachtingen en de invulling hiervan over de communicatie tijdens het soa-consult.

Naam, datum en handtekening:

Contactgegevens:
Prof. Jo Goedhuys
ACHG,
Kapucijnenvoer 33 blok j - bus 7001
3000 Leuven
0474/388 318

Dr. Dries Deckers en Dr. Suzanne De Grooff
Studentengezondheidscentrum,
Naamsestraat 80/5415

3000 Leuven
016/32.44.20

Achtergrond:

Wij ondervonden tijdens het consultvoeren in het studentengezondheidscentrum dat patiënten –ondanks hun opleidingsniveau – toch vaak met een zeer veel verschillende vragen en verwachtingen zitten rondom het SOA consult, SOA's en SOA screening.

Beschrijving studie:

We zouden van ongeveer 300 studenten twee vragenlijsten over het soa-consult willen afnemen.

Bij een eerste vragenlijst peilen we naar de ICE rond het SOA consult en de verwachtingen naar de communicatie (welke vragen heeft de patiënt? Wat verwacht hij van de arts? Welke thema's wil hij/zij kunnen bespreken of verwacht hij/zij dat de arts bespreekt?). Om dit te onderzoeken hebben we een vragenlijst opgesteld, we vragen elke student deze in te vullen. Hiervoor wordt de patiënt alleen gelaten in de consultatieruimte OF hij/zij wordt gevraagd een online vragenlijst in te vullen. Na het consult vragen we deze patiënten ook een online vragenlijst in te vullen. Deze peilt naar de tevredenheid van de patiënt rond de consultatie/communicatie (Zijn al zijn/haar vragen voldoende beantwoord? Heeft hij/zij de informatie gekregen waarop hij/zij had gehoopt?). Beide vragenlijsten worden achteraf via een code aan elkaar gekoppeld.

Ook willen we nagaan in hoeverre sites zoals www.seksualiteit.be en www.sensoa.be de resterende vragen van de patiënten kunnen beantwoorden.

Optimaliter zouden we dan ook, na ons onderzoek, een aantal aanbevelingen naar de praktijk toe willen formuleren.

Implicaties voor de deelnemer:
Het invullen van een vragenlijst vooraf en achteraf heeft geen effect op de consultatie zelf, de vragenlijsten worden slechts achteraf bekeken. Het invullen van beide vragenlijsten zou niet langer dan 5-10 minuten mogen duren.

Vrijwillig karakter van deelname:
Deelname aan de studie is volledig vrijwillig.
De patiënt heeft het recht te weigeren om deel te nemen aan de studie.
Deelname aan de studie kan ook op elk ogenblik stopgezet worden, zonder opgave van reden.
De beslissing om al dan niet (verder) deel te nemen zal geen enkele invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen noch op de relatie met de behandelende arts(en).
De deelnemer zal tijdig op de hoogte gebracht worden van belangrijke nieuwe informatie die een invloed zou kunnen hebben op zijn/haar bereidheid om verder aan de studie deel te nemen.
Deelname kan ook door de onderzoeker, de opdrachtgever of het Ethisch Comité worden stopgezet. Deze beslissing wordt dan om grondige redenen (bv veiligheid van de deelnemer) genomen. Een toestemming van de deelnemer is hiervoor niet noodzakelijk.

Vertrouwelijkheid van de gegevens:
Zoals alle medische gegevens worden ook de gegevens die in het kader van de studie verzameld worden uiterst vertrouwelijk behandeld. Hierbij worden het medisch geheim, de internationale richtlijnen (ICH-GCP) en de Belgische wetgeving nageleefd (onder meer de wettelijke vereisten zoals bepaald in de Belgische Wet van 8 december 1992 inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de Belgische Wet van 22 augustus 2002 inzake rechten van de patiënt).
Indien de deelnemer deelname aan de studie wenst stop te zetten zullen geen verdere nieuwe gegevens meer worden verzameld. De tot dan toe verzamelde gegevens zullen wel voor analyse gebruikt worden.

- *Codering van de studiegegevens*:

De studiegegevens worden van een code voorzien vooraleer ze aan derden worden overgemaakt, m.a.w. de opdrachtgever en/of zijn vertegenwoordiger(s) mogen de gegevens pas na codering krijgen.

De code (link tussen de deelnemer en zijn/haar gegevens) wordt door de onderzoeker/onderzoeksteam bewaard. De onderzoeker is bijgevolg de enige persoon die een verband kan leggen tussen code en deelnemer.
De verzamelde gegevens zullen geen elementen bevatten waarvan de combinatie tot de identificatie van de deelnemer zou kunnen leiden (bv. combinatie van initialen, geslacht en volledige geboortedatum).

- *Rechtstreekse inzage in het medische dossier door derden*:

Onder strikte voorwaarden mag rechtstreekse inzage in het medische dossier worden verleend aan bevoegd personeel van de opdrachtgever of van zijn vertegenwoordiger(s), aan regulerende instanties of aan andere personen die bij wet bevoegd zijn om te controleren of het onderzoek correct wordt uitgevoerd. Inzage wordt enkel verleend om de kwaliteit van de verzamelde data te controleren, en wordt dus niet op systematische wijze verleend.
Rechtstreekse inzage in het medische dossier door derden zal uitsluitend worden verleend in aanwezigheid en onder de verantwoordelijkheid van de onderzoeker (of van één van zijn medewerkers).
Alle personen die inzage mogen hebben in het medische dossier zijn gehouden door het beroepsgeheim.

- *Rechten van de deelnemer:*

De deelnemer heeft steeds het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens over hem/haar worden verzameld in het kader van de studie en wat de bedoeling ervan is.
Hij/zij heeft ook het recht om via de onderzoeker inzage te krijgen in zijn/haar persoonlijke informatie en er eventueel de nodige verbeteringen in te laten aanbrengen.

10.2.2 Goedkeuring

Van: An Stockmans <an.stockmans@icho.be>
Verzonden: donderdag 9 april 2015 15:20
Aan: Jo Goedhuys
CC: Suzanne De Grooff
Onderwerp: Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd.
Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards.
If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.
Met vriendelijke groeten
An Stockmans

Gunstig advies van OBC

2015-04-09 15:19:59

Bekijk status geschiedenis

Student(en):	Suzanne De Grooff Dries Deckers
Promotor:	Jo Goedhuys (Jo.Goedhuys@med.kuleuven.be - u0005986 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Faculteit:	Geneeskunde
Opleiding:	Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:	monocentrisch
De opdrachtgever is:	academisch (universiteit,...)
Het onderzoek is:	Het onderzoek is praktijkverbeterend.

BIJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:	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.
Vraagstelling:	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?

Methodologie: 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 de studenten toch nog graag besproken 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 de focus zijn van mijn collega.
Ik 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"). Waarna 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:

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: 437–442.
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 ofcare. Wooley FR, Kane RL, Hughes CC, Wright DD. Soc Sci Med .

Informed consent / vragenlij... 41869_1427747990_2372_78617_1427221971_5223_Vragenlijst_2_0.pdf
12499_1427747990_4777_85913_1427221986_4509_Geinformeerde_toestemming.pdf