Wat met de kennis en eigen risico-inschatting van seksueel overdraagbare aandoeningen bij patiënten tussen 40 en 65 jaar? Wat zijn de drempels om dit te bespreken met de huisarts?

Riet Dossche, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Opleiding Huisartsgeneeskunde 2015-2017

Wat met de kennis en eigen risico-inschatting van seksueel overdraagbare aandoeningen bij patiënten tussen 40 en 65 jaar? Wat zijn de drempels om dit te bespreken met de huisarts?

Riet Dossche, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Opleiding Huisartsgeneeskunde 2015-2017

Dankwoord

Het schrijven van deze masterproef was de finale stap in het vervolledigen van de opleiding 'Master in de Huisartsgeneeskunde' en heeft heel wat voeten in de aarde gehad. Ik wil dan ook graag van de gelegenheid gebruik maken om enkele mensen te bedanken.

In de eerste plaats dank aan Prof.dr. Dirk Avonts voor het bieden van de mogelijkheid tot het schrijven van deze scriptie en de aangename, constructieve en leerrijke begeleiding in elke stap die hiervoor doorlopen werd.

Daarnaast wil ik ook mijn praktijkopleider dr. Jörgen Joos bedanken voor het meedenken over en het helpen uitvoeren van mijn onderzoeksproject, het nalezen van de scriptie en het luisterend oor doorheen dit tweejaar durende proces.

Bedankt collega Ann-Sophie Van Oudenhove voor het grondig inhoudelijk en taalkundig nalezen van deze masterproef.

Tot slot wil ik ook van de gelegenheid gebruik maken om mijn vriend Dieter Van Houtte en mijn ouders te bedanken voor de onvoorwaardelijke steun tijdens mijn opleiding tot huisarts.

Hartelijk dank!

Riet Dossche

Wat met de kennis en eigen risico-inschatting van seksueel overdraagbare aandoeningen bij patiënten tussen 40 en 65 jaar? Wat zijn de drempels om dit te bespreken met de huisarts?

Haio: Riet DOSSCHE
Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Dirk AVONTS
Praktijkopleider: Dr. Jörgen JOOS
Academiejaar: 2016-2017
Contact: riet.dossche@ugent.be

Context: Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) vormen een belangrijke oorzaak van morbiditeit en vermijdbare mortaliteit binnen de bevolking en zijn sinds het begin van de jaren 2000 opnieuw bezig aan een opmars, ook in België. Bijna alle studies over soa's gebeuren bij jonge populatiegroepen, waar het meeste soa's worden vastgesteld. Maar ook na hun veertigste zijn volwassenen nog seksueel actief en, hoewel dit maatschappelijk nog vaak wordt verondersteld, zijn zij niet noodzakelijk monogaam. Bovendien gebruikt op latere leeftijd slechts 1 op 5 nog een condoom bij wisselende seksuele contacten en presenteren ze zich later bij een arts met urogenitale klachten. De huisarts zou de meest geschikte hulpverlener zijn om te spreken over seksuele gezondheid maar zowel arts als patiënt zullen dit thema maar zelden zelf aankaarten tijdens een consultatie.

Onderzoeksvragen: Is een patiënt tussen 40 en 65 jaar zich bewust van het risico op een soa? Welke drempels ervaart een patiënt tussen de 40 en 65 jaar om te spreken over soa's tijdens een consultatie? Welke rol vervult de huisarts voor de patiënt tussen 40 en 65 jaar in het topic "soa's"?

Methode: Tussen 1 mei en 1 september 2016 werden alle consulterende patiënten tussen 40 en 65 jaar (geboren tussen 1951 en 1976) in de onderzoekspraktijk uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. De informatie werd bekomen aan de hand van een vooraf opgestelde vragenlijst, die aan de patiënt werd meegegeven en werd terugbezorgd onder gesloten omslag in de praktijkbrievenus. De bekomen informatie werd verwerkt met behulp van Excell 2016.

Resultaten: Van de 52 deelnemers (21 mannen en 31 vrouwen) hadden 11 een seksueel contact met een nieuwe partner in de voorgaande 12 maanden. Deze 11 patiënten werden gezien als deelnemers met een mogelijk risico op een soa. Drie van hen consulteerden de huisarts voor screening. Slechts 14% (3/21) van de mannen is overtuigd een risico te lopen op een soa bij een seksueel contact met een nieuwe partner. Toch stemt bijna 80% (41/52) van de deelnemers in met de noodzaak tot het gebruik van een voorbehoedsmiddel (bv. condoom) als men zich wil beschermen tegen soa's. Zes op de tien mannen denken voldoende kennis te hebben omtrent soa's, ten opzichte van 8 op de 10 vrouwen. Meer dan 2/3de van de 45 deelnemers bij wie het onderwerp soa nog niet aan bod kwam tijdens een consultatie, wenst hierover ook niet aangesproken te worden door de huisarts.

Conclusie: De 40-plusser heeft kennis van de kans op een soa en de noodzaak tot preventieve maatregelen, maar schat het eigen risico eerder laag in en laat zijn seksueel gedrag hier niet door beïnvloeden. De meerderheid wenst ook niet aangesproken te worden over seksueel risicogedrag tijdens een consultatie, maar zou het niet vreemd vinden als de huisarts dit wel doet. Ondanks de aanwezigheid van enkele, hoofdzakelijk demografische, barrières verkiest het merendeel wel de huisarts te consulteren met een urogenitale klacht of een vraag naar screening. De huisarts krijgt dus een belangrijke taak toebedeeld op vlak van sensibilisatie, diagnostiek en behandeling, terwijl die zichzelf onvoldoende gewapend voelt om te spreken over soa's, ze op te sporen en te behandelen. Naast het aanreiken van verschillende tools in de praktijk, is een goede communicatieve opleiding cruciaal voor een vlot soa-consult bij patiënten tussen de 40 en 65 jaar.

ICPC-code: Y25, X23

Inhoudstafel

1 Tabellen en figuren 1

2 Definities en afkortingen 2

3 Inleiding: Keuze van het onderwerp 3

4 Zoekmethode 6

5 Literatuuronderzoek 7

5.1 Het risico op soa's bij mannen en vrouwen tussen 40 en 65 jaar 7

5.1.1 Soa's op latere leeftijd in Vlaanderen. 7

5.1.2 Risico beïnvloedende factoren 9

5.1.3 Wie en wanneer testen op soa's? 10

5.2 Onderzoeksvraag 1: Is de patiënt tussen 40 en 65 jaar zich bewust van een risico op een soa? 12

5.2.1 Inleiding 12

5.2.2 Opmars van de soa's 12

5.2.3 Seksueel risicogedrag bij 40-plussers 13

5.3 Onderzoeksvraag 2: Wat zijn de drempels om over soa's te spreken? 14

5.3.1 Inleiding 14

5.3.2 Drempels bij de patiënt 14

5.3.3 Drempels bij de arts 15

5.4 Onderzoeksvraag 3: Wat is de rol van de huisarts in het topic soa? 15

6 Onderzoeksopzet 16

6.1 Inclusie- en exclusiecriteria 16

6.2 Rekrutering van de deelnemers 16

6.3 Informed consent 16

6.4 Vragenlijst 16

6.5 Statische verwerking 16

7 Resultaten van het praktijkonderzoek 17

7.1 Karakteristieken van de onderzoekspopulatie 17

7.1.1 Demografische gegevens 17

7.1.2 Karakteristieken van seksueel risicogedrag 17

7.2 Onderzoeksvraag 1: Is de patiënt tussen 40 en 65 jaar zich bewust van een risico op soa's? 18

7.2.1 Komt het onderwerp SOA aan bod tijdens een consultatie bij de huisarts? 18

7.2.2 Inschatting van de deelnemers over het risico op een soa binnen hun eigen leeftijdscategorie (patiënten tussen 40 en 65 jaar). 19

7.2.3 Risicogroep: de deelnemers met een sporadisch seksueel contact en frequent wisselende contacten 21

7.3 Onderzoeksvraag 2: Wat zijn de drempels om over soa's te spreken 22

7.3.1 Demografische barrières 22
7.3.2 Barrières door perceptie 23
7.4 Onderzoeksvraag 3: Is er een rol voor de huisarts in het topic ‘soa’? 23
7.4.1 Wenst de patiënt aangesproken te worden door de huisarts over het topic ‘SOA’? 23
8 Discussie 25
8.1 Samenvatting resultaten 25
8.2 De seksueel actieve 40-plusser loopt risico op een SOA 25
8.3 Is de patiënt tussen 40 en 65 jaar zich bewust van een risico op soa’s? 26
8.4 Wat zijn de drempels voor de patiënt om over soa’s te spreken? 27
8.5 Rol van de huisarts 28
8.6 Beperkingen van het onderzoek 28
8.6.1 Rekrutering van de deelnemers 28
8.6.2 Vragenlijst 29
8.6.3 Suggesties voor verder onderzoek 29
9 Advies voor de huisartspraktijk 30
9.1 Denk eraan als huisarts 30
9.2 Sensibiliseer de 40-plussers in de praktijk 30
9.3 Durf erover te spreken met de patiënt 30
9.4 Extra informatie en opleiding 31
10 Besluit 32
11 Referenties 33
12 Bijlagen 35
12.1 Aanvraag + goedkeuring Ethisch Comité 35
12.2 Informatiebrief patiënt 45
12.3 Toestemmingsformulier 47
12.4 Vragenlijst 49

1 Tabellen en figuren

Tabellen

Tabel 1: Overzicht van de 5 meest frequent voorkomende verwekkers, klinisch beeld en mogelijke complicaties (5) 4
Tabel 2: Overzicht van de aangevraagde SOA-testen bij patiënten tussen 40 en 65 jaar, in de praktijk, tussen september 2015 en december 2016.*6 HIV-screeningstesten gebeurden in het kader van een onderzoek met verzekeringsdoeleinden. 5
Tabel 3: Overzichtstabel over de uit te voeren soa-testen bij risico- en niet-risicogroepen, bij patiënten met of zonder soa-gerelateerde klachten. Gebaseerd op de NHG-standaard 'Soa-consult' en de Domus Medica aanbevelingen voor de huisarts 'Soa-consult' (5, 9). 11
Tabel 4: Resultaten - Karakteristieken van de onderzoekspopulatie. 17
Tabel 5: Resultaten - Overzicht karakteristieken van de deelnemers met een nieuwe seksueel contact in de voorgaande 12 maanden 18
Tabel 6: Resultaten - Antwoord op stellingen van 3 deelnemers met een sporadisch seksueel contact of seks buiten de relatie 21
Tabel 7: Resultaten - De voorkeur van de mannelijke deelnemers over specialiteit, geslacht en leeftijd van de behandelende arts 22
Tabel 8: Resultaten - De voorkeur van de vrouwelijke deelnemers over specialiteit, geslacht en leeftijd van de behandelende arts 23
Tabel 9: Resultaten - Overzicht mogelijke barrières om de huisarts te spreken over soa-screening of een soa-gerelateerde klacht, bij de deelnemers die aangeven dat de huisarts de eerste arts is die ze zullen raadplegen bij een vraag rond soa's en bij de deelnemers die aangeven een specialist te zullen raadplegen. Meerdere antwoorden waren mogelijk. 23
Tabel 10: Resultaten - Overzicht van de 45 deelnemers waarbij het onderwerp SOA nog nooit aan bod kwam tijdens een de consultatie, en hun idee over het aanhalen van het onderwerp SOA door de huisarts tijdens de consultatie. Vergelijking tussen deelnemers met of zonder nieuw seksueel contact in het voorgaande jaar. 24

Figuren

Figuur 1: Trend van de gerapporteerde incidentie voor chlamydia in Vlaanderen, bij mannen en vrouwen > 40 jaar, 2000 -2013. Bron: SOA-rapport 2013, WIV. * Voor gonorroe en syfilis werd de leeftijdsspecifieke incidentie niet gerapporteerd. 7
Figuur 2: Aantal gerapporteerde gevallen voor chlamydia, gonorroe en syfilis bij 40-65 jarige vrouwen in Vlaanderen, 2013. Bron: SOA-rapport 2013, WIV 8
Figuur 3: Aantal gerapporteerde gevallen voor chlamydia, gonorroe en syfilis bij 40-65 jarige mannen in Vlaanderen, 2013. Bron: SOA-rapport 2013, WIV 8
Figuur 4: Verdeling van de mannen met een soa naar seksuele oriëntatie en leeftijdsgroep, peilnetwerk clinici, 2013 9
Figuur 5: Percentage seksueel actieve bevolking dat 2 of meer sekspartners heeft gehad in de voorbije 12 maanden, Vlaams Gewest. Bron: Gezondheidsenquête 2013 10
Figuur 6: Percentage van de seksueel actieve bevolking die 2 of meer sekspartners heeft gehad in de laatste 12 maanden en **geen** condoom heeft gebruikt bij het laatste contact, België. Bron: Gezondheidsenquête 2013 10
Figuur 7: Resultaten - Stelling: "Bij het aangaan van een nieuwe seksuele relatie loop ik risico op een soa", antwoorden van de deelnemers volgens een waardeschaal van 1 tot 10 (1 = volledig oneens, 10 = volledig eens) 20
Figuur 8: Resultaten - Stelling " Personen > 40 jaar hoeven zich niet te laten screenen op soa's bij het aangaan van een nieuwe seksuele relatie", antwoorden van de deelnemers volgens een waardeschaal van 1 tot 10 (1 volledig oneens, 10 volledig eens) 20
Figuur 9: Resultaten - Stelling "Ik schat mijn kennis over risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en veilig seksueel gedrag als volgt in. Antwoorden van de deelnemers volgens waardeschaal van 1 tot 10 (1 = zeer slecht, 10 = zeer goed) 21

2 Definities en afkortingen

Seksuele gezondheid: een staat van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn in relatie tot seksualiteit en niet gewoonweg de afwezigheid van ziekten, disfunctioneren of gebreken.

Seksueel contact: Op seks gericht lichamelijk contact ten behoeve van voortplanting, lustbeleving en/of intimiteit, uiteenlopend van kussen en strelen tot seksuele gemeenschap (penetratie van een lichaamsopening (anaal of vaginaal) of oro-anaal/oro-genitaal contact)

SOA (Seksueel overdraagbare aandoening): Een infectie die wordt veroorzaakt door ziekteverwekkers die voorkomen in afgescheiden lichaamsstoffen (sperma, prostaatvocht, speeksel, bloed, vaginale secreties, etc.) en/of direct lichamelijk contact (huid, slijmvlies). De voornaamste infecties, in afnemende volgorde van prevalentie, zijn chlamydia, herpes genitalis, condyloma acuminatum, gonorroe, syfilis, hepatitis B, hepatitis C, HIV, trichomonas en humaan papillomavirus (HPV).

Seksueel risicogedrag: Dit omvat minstens 2 sekspartners gedurende de laatste 6 maanden[1], seks zonder voorbehoedsmiddel of inconsequent condoomgebruik, orale seks en de sekspartner(s) niet verwittigen als men een SOA heeft. Deze indicatoren verhogen de kans op een seksueel overdraagbare aandoening. In het Belgisch SOA-rapport (3) worden ook MSM-contacten gezien als een risicogedrag.

Middelbare leeftijd: In de Westerse landen omvat dit de populatie tussen de 40 en 60 jaar. In deze masterproef omvat dit de patiënten tussen 40 en 65 jaar die hier als onderzoeksgroep werden geselecteerd.

Monogamie: het zich beperken tot 1 seksuele partner

Seriële monogamie: seksueel contact met verscheidene partners die elkaar opvolgen verspreid over relatief lange perioden, dus niet met de partners tegelijkertijd in één periode

PID: Pelvic Inflammatory Disease

HIV: Human immunodeficiency virus

LGV: Lymfogranuloma Venerum. Seksueel overdraagbare aandoening veroorzaakt door *Chlamydia trachomatis serovar type L*, kan gepaard gaan met adenopathieën, genitale ulcera en anale ontstekingen.

HPV: Humaan papillomavirus

MSM (Mannen die Seks hebben met Mannen): Omdat mannen die (ook) seks hebben met mannen zichzelf niet altijd zien als homo- of biseksueel, wordt er gesproken over MSM.

VSV: Vrouwen die seks hebben met vrouwen

[1] Het aantal sekspartners is geen risicofactor op zichzelf maar een indicator voor een risico. Het risico is minder groot voor iemand die meerdere seksuele partners heeft maar zich bij elk contact beschermt dan iemand die slechts 1 partner heeft maar onbeschermde betrekkingen heeft met die partner.

3 Inleiding: Keuze van het onderwerp

Het idee voor dit onderzoek ontstond na een consultatie van een 64-jarige man die, met enige schroom, consulteerde voor een screening naar seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Bij navraag had de man een onbeschermd seksueel contact gehad met een vrouwelijke partner buiten zijn huwelijk. Dit zou reeds een tweetal maanden geleden plaatsgevonden hebben. Hij had tot op vandaag deze consultatie uitgesteld. Hij startte zijn verhaal met een verontschuldiging voor het stellen van deze 'vreemde vraag'. Hoewel ik neutraal reageerde en het consult verder aanvatte zoals eender andere consultatie, voelde ik doorheen de anamnese en klinisch onderzoek een ongemakkelijk gevoel bij de patiënt .

Dit consult stemde mij tot nadenken. Is de ongerustheid van mijn patiënt terecht en loopt hij effectief een risico op een soa bij een seksueel contact met een nieuwe partner? Waarom wachtte hij 2 maanden vooraleer hij langskwam met zijn vraag? Waarom voelde dit consult zo oncomfortabel aan voor mijn patiënt? Welke factoren spelen hierin mee? Hoe kunnen wij als praktijk drempelverlagend te werk gaan om deze mensen sneller te bereiken?

De voorbije decennia zijn er grote veranderingen opgetreden in onze maatschappelijke visie over relaties, samenwonen, trouwen en uit elkaar gaan.

Bij wijze van voorbeeld: In 2015 stapten 40 049 koppels in het huwelijksbootje maar in dat zelfde jaar vroegen 24 414 getrouwde koppels de scheiding aan. Bijna 2 op de 3 gehuwde koppels gaan uit elkaar, met de hoogste absolute cijfers in de leeftijdscategorie tussen 40 en 50 jaar (8695 scheidingen). In totaal wordt 64.8% van de scheidingen aangevraagd bij de populatie tussen 40 en 65 jaar (1).

Hieruit kunnen we veronderstellen dat ook op latere leeftijd veel mensen (opnieuw) alleenstaand zijn, nieuwe relaties aangaan en seksueel actief zijn met nieuwe partner(s). Welk risico op een soa lopen deze mensen? En zo ja, wacht je op symptomen en klachten om medische te handelen, of moeten we ook bij deze leeftijdsgroep actief soa's opsporen?

Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) vormen een belangrijke oorzaak van morbiditeit en vermijdbare mortaliteit binnen de bevolking. Sinds het begin van de jaren 2000 wordt in België, net als in andere Europese landen, een heropflakkering van bepaalde soa's vastgesteld. In de periode 2002-2013 steeg de gemiddelde jaarlijkse incidentie van chlamydia trachomatis met 16% (man/vrouw verhouding 1/19.4), van gonorroe met 13% (man/vrouw verhouding 3.3/1) en van syfilis met 25% (man/vrouw verhouding 4.9/1). Ook het aantal nieuw gediagnosticeerde HIV gevallen is op jaarbasis gestegen met 75% tussen 1997 en 2012 (2, 3). Voor bepaalde soa's is het niet duidelijk of de toename te wijten is aan een reële stijging van het aantal getroffen personen, of ze het resultaat is van veranderingen in diagnosemethodes en aangiften. Hoe dan ook, soa's vertegenwoordigen een belangrijk aandachtspunt voor de volksgezondheid, zowel voor de patiënt als voor de maatschappij. Terwijl sommige infecties asymptomatisch zijn, zijn anderen dodelijk of kunnen ze complicaties veroorzaken. Behandelingen voor soa's zijn soms duur, zeker omdat sommigen jarenlange opvolging vergen (2). Een overzicht van de 5 meest frequent voorkomende soa's, het klinisch beeld en mogelijke complicaties worden weergegeven in tabel 1.

Bijna alle studies over soa's gebeuren bij jonge populatiegroepen. Mathematisch blijven soa's ook hoofdzakelijk een probleem in deze bevolkingsgroep: 94% van de soa's worden vastgesteld bij patiënten jonger dan 40 jaar (4). Maar ook na hun veertigste hebben volwassenen vaak nog een deugddoend seksleven en, hoewel dit nog steeds maatschappelijk verondersteld wordt, zijn oudere volwassene niet noodzakelijk monogaam en gebruikt slechts 1 op 5 een condoom bij wisselende seksuele contacten (4). Daar bovenop komt dat het verouderingsproces samengaat met een biologisch leeftijd gerelateerd risico op soa's (4).

Tabel 1: Overzicht van de 5 meest frequent voorkomende verwekkers, klinisch beeld en mogelijke complicaties (5)

Verwekker	Klinisch beeld en verloop	Complicatie
Chlamydia trachomatis (chlamydia)	Vrouwen: 90% asymptomatisch. Urethritis, cervicitis (contactbloedingen), intermenstrueel bloedverlies. Mannen: 50% asymptomatisch. Urethritis, na anaal seksueel contact: proctitis. Natuurlijk beloop: bij ongeveer 50% van de vrouwen na een jaar niet meer aantoonbaar.	Ectopische zwangerschap, PID met chronische bekkenpijn, infertiliteit, epididymitis, prostatitis.
Neisseria gonorrhoeae (gonorroe)	Vrouwen:50% asymptomatisch Urethritis, cervicitis (met geelgroene, vaak onaangenaam ruikende afscheiding). Mannen: Urethritis (met purulente afscheiding). Na oraal of anaal seksueel contact: faryngitis, proctitis (vooral bij MSM)	Bartholinitis, PID met chronische bekkenpijn, ectopische zwangerschap, infertiliteit.
Treponema pallidum (syfilis)	Soms asymptomatisch Zeer diverse uitingen (great imitator) Primaire syfilis: pijnloos ulcus met lymfadenopathie.	Secundaire syfilis: huid – en slijmvliesafwijkingen, periostitis, artritis, syfilismeningitis, etc. Tertiaire syfilis: Orgaanleus = Chronische onstekingsprocessen in bijna elk inwendig orgaan (met risico op aorta-aneurysma, herseninfarct, …) Patiënt met syfilis is vatbaarder voor hiv (en andersom)
Hepatitis B	Vaak asymptomatisch Hepatitis	Dragerschap, levercirrose, hepatocellulair carcinoom.
HIV (AIDS)	Primo-infectie met aspecifieke griepachtige klachten, vervolgens een asymptomatische fase	Opportunistische infecties, huidafwijkingen, cerebrale afwijkingen. Bij hiv-positieve MSM komt hepatitis C vaker voor.

Een onderzoek verschenen in Family Practice (6) toont aan dat de patiënt de huisarts ziet als de meest geschikte hulpverlener om te spreken over seksuele problemen. Maar zelden zal hij zelf het onderwerp aankaarten. Uit een studie naar de prevalentie van seksuele problemen bij 50-plussers blijkt dat 49% van de mannen en 39% van de vrouwen een hulpvraag heeft, maar slechts 4-6% spreekt hier effectief over met de huisarts (6, 7). Er zijn duidelijk een aantal grote drempels die zorgen voor een moeizame communicatie over dit thema.

De leeftijdsgroep tussen 40-65 jaar is sterk vertegenwoordigd in onze huisartsenpraktijk (+/- 40% van de patiëntenpopulatie). Er wordt op consultatie echter weinig tot geen aandacht besteed aan seksualiteit en soa-risico bij deze doelgroep, tenzij op expliciete vraag van de patiënt.

Om een zicht te krijgen op de huidige aanpak van een soa-screening of een gericht onderzoek bij een mogelijks soa-gerelateerde klacht bij de patiënten in onze praktijk, werd via laboratoriumuitslagen nagegaan bij welke patiënten tussen 40 en 65 jaar een soa-test werd uitgevoerd (chlamydia, gonorroe, syfilis, HIV of hepatitis B) van september 2015 tot en met december 2016.

Bij 20 patiënten (12 mannen, 8 vrouwen) werd een SOA-test geregistreerd. Er werd retrospectief in het dossier nagegaan wat de reden was voor consulteren. Er werden 15 soa-testen aangevraagd in het kader van primaire screening (geen klacht), dit bij 9 mannen en 6 vrouwen. Eén man behoort hierbij tot de risicogroep (MSM + frequent wisselende contacten) en werd gescreend op HIV en hepatitis B. De overige 14 patiënten behoorden niet tot een risicogroep, bij hen werden verschillende combinaties van testen aangevraagd (zie tabel 2).

De 5 overige soa-testen gebeurden naar aanleiding van een medische klacht, dit bij 3 mannen en 2 vrouwen.

*Tabel 2: Overzicht van de aangevraagde SOA-testen bij patiënten tussen 40 en 65 jaar, in de praktijk, tussen september 2015 en december 2016.*6 HIV-screeningstesten gebeurden in het kader van een onderzoek met verzekeringsdoeleinden.*

	Screening	Medische klacht
HIV	7*	0
HIV + hepatitis B	1	2
HIV + hepatitis B + syfillis	2	0
HIV + hepatitis B + syfilis + chlamydia + gonorroe	3	1
Hepatitis B + chlamydia	1	0
Hepatitis B + syfillis	1	0
Chlamydia + gonorroe (urine)	0	2

Uiteindelijk bleek één soa-test positief.

Uit dit voorafgaand retrospectief onderzoek kunnen we besluiten dat in onze praktijk een soa-test enkel wordt aangevraagd met curatieve doeleinden of op vraag van de patiënt. Daarnaast wordt er geen richtlijn gevolgd over de aan te vragen soa-testen.

Hoewel de prevalentie van soa's lager ligt op oudere leeftijd, is het gezien het toenemend totale aantal soa's in Vlaanderen en het toenemend aantal nieuwe en wisselende seksuele relaties op latere leeftijd, alsnog belangrijk dit onderwerp bespreekbaar te stellen in de huisartspraktijk voor deze leeftijdsgroep.

In deze studie stel ik drie onderzoeksvragen voorop, waar ik hoop een antwoord op te kunnen formuleren:

1. **Is een patiënt tussen 40 en 65 jaar zich bewust van het risico op een soa?**
2. **Welke drempels ervaart een patiënt tussen de 40 en 65 jaar om te spreken over soa's tijdens een consultatie?**
3. **Welke rol vervult de huisarts voor de patiënt tussen 40 en 65 jaar in het topic "soa's"?**

4 Zoekmethode

De literatuur werd gezocht via de zoekmachine Google Scholar en de wetenschappelijke databank Pubmed van The National Libary of Medicine.

Volgende zoektermen werden gebruikt: *Sexual Transmitted diseases* of *STD* of *STI* gecombineerd met zoektermen zoals *elderly, risks, barriers, primary care, general medicine, sexual health, communication.*

Via Google Scholar werd aan de hand van de ingegeven zoektermen volledige teksten doorzocht. Er werd zowel peer reviewed als grijze literatuur (rapporten, conferentiebijdragen, etc.) weergegeven, als ook gerelateerde bronnen via '*cited by'.* Belgische en Nederlandse standaarden en onderzoeksrapporten werden gevonden via deze zoekmachine.

In de databank Pubmed werd gebruik gemaakt van geselecteerde Mesh-termen (Sexual transmitted diseases) en free text (Elderly, primary care, communication barriers). Hier werden integrale artikels en bijhorende bronnen aangeboden. Als voorwaarden voor bruikbare literatuur werden taal (Engels) en publicatiejaar (< 5 jaar) als criteria vooropgesteld.

Na het invoeren van de zoekopdrachten in Google Scholar en Pubmed werd het abstract doorgenomen van artikels met een interessante titel. Een titel werd interessant bevonden als duidelijk werd dat het artikel ging over de geselecteerde doelgroep (elderly) met seksueel overdraagbare aandoeningen (STD's) of de geselecteerde doelgroep (elderly) en de drempels om over seksuele problemen te spreken (barriers). Er ging extra belangstelling naar de titels waaruit bleek dat het een onderzoek betrof in de eerste lijn (primary care, general medicine). Op basis van het abstract werd besloten het artikel al dan niet volledig door te nemen. Er werd tevens gebruik gemaakt van de optie 'related articles' in de zoekmachine, als ook de literatuurlijst van enkele geselecteerde artikels werd nagekeken.

Gezien het aanvankelijk beperkte aanbod van literatuur werd de restrictie van publicatiejaar vrij snel achterwege gelaten. Alle literatuur werd online gevonden.

5 Literatuuronderzoek

5.1 Het risico op soa's bij mannen en vrouwen tussen 40 en 65 jaar

5.1.1 Soa's op latere leeftijd in Vlaanderen.

5.1.1.1 Methodologie

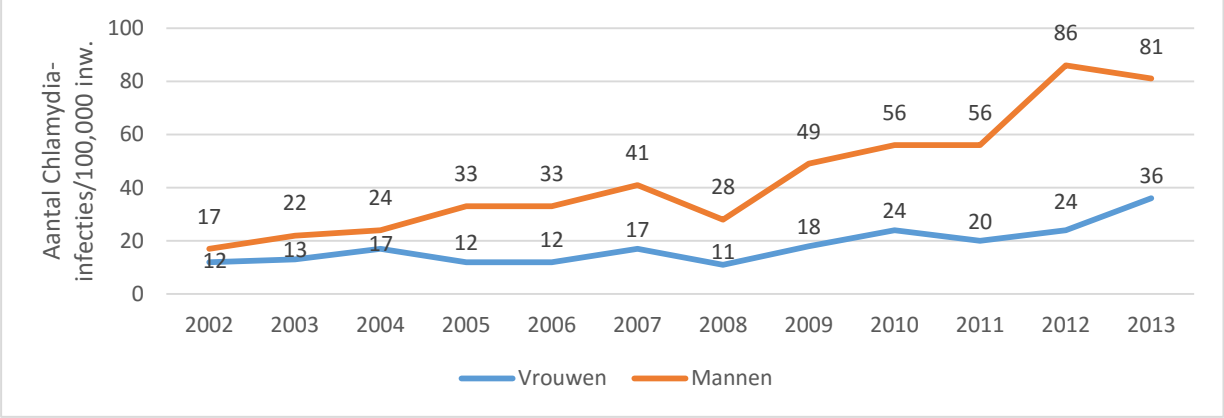
In de nationale gezondheidsenquête 2013 (2), uitgevoerd door het WIV (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid), tracht men aan de hand van een netto steekproef van 10.000 deelnemers, de gezondheidstoestand, - problemen en – behoeften per gewest in kaart te brengen. Interessante informatie werd bekomen uit het hoofdstuk seksuele gezondheid.

In het SOA-rapport (3) wordt informatie samengebracht over de soa-registraties in België van het netwerk van peillaboratoria van microbiologie, het nationaal referentiecentrum voor soa (Antwerpen) en het soa-peilnetwerk van clinici, waarin ook de huisartsenpeilpraktijken geïntegreerd zijn. De registraties worden weergegeven per gewest. In 2013 werden 176 medische praktijken onder de loep genomen. Hierbij werden 1123 soa's geregistreerd bij 1013 patiënten, dit bij 471 vrouwen en 542 mannen. Het betreft registraties van Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Herpes simplex (genitale herpes), Treponema pallidum (syfilis), klinisch Humaan papillomavirus (genitale wratten, condyloma), Pelvic Inflammatory Disease (PID) en Lymphogranuloma Venereum (LGV). Hepatitis C en hepatitis B werden enkel gemeld wanneer het ging om een seksueel overgedragen besmetting.

5.1.1.2 Verschillende types soa's

Wanneer we spreken over soa's, moeten we ook bij de 40 tot 65-jarigen in de eerste plaats denken aan 'the big five' (de 5 belangrijkste infecties): HIV, syfilis, chlamydia, gonorroe en hepatitis B. Daarnaast worden ook nog trichomonas, herpes genitalis, pediculosis pubis (schaamluis) en condylomata accuminata tot de soa's gerekend.

Ook bij de 40-plussers zien we een toename van de gerapporteerde incidentie van chlamydia, gonorroe en syfilis bij mannen en vrouwen.

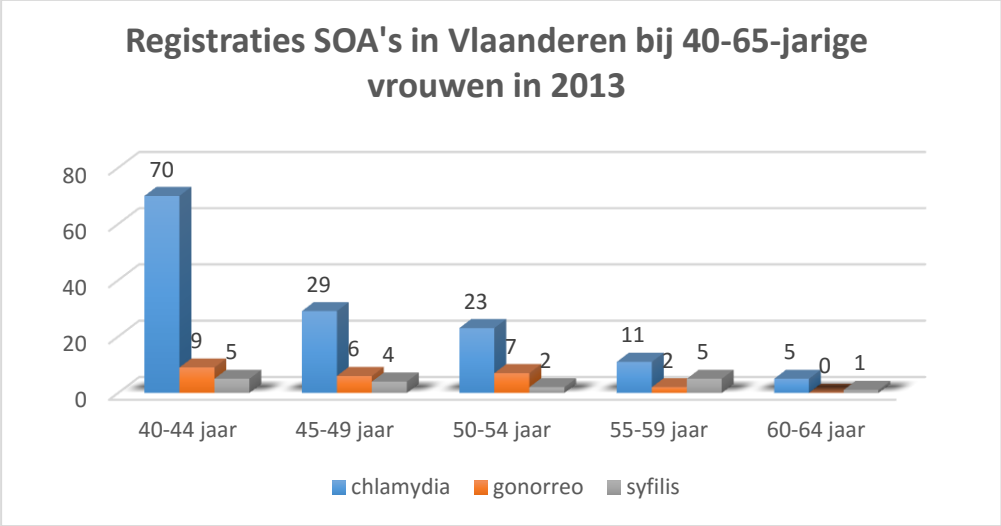


*Figuur 1: Trend van de gerapporteerde incidentie voor chlamydia in Vlaanderen, bij mannen en vrouwen > 40 jaar, 2000 - 2013. Bron: SOA-rapport 2013, WIV. * Voor gonorroe en syfilis werd de leeftijdsspecifieke incidentie niet gerapporteerd.*

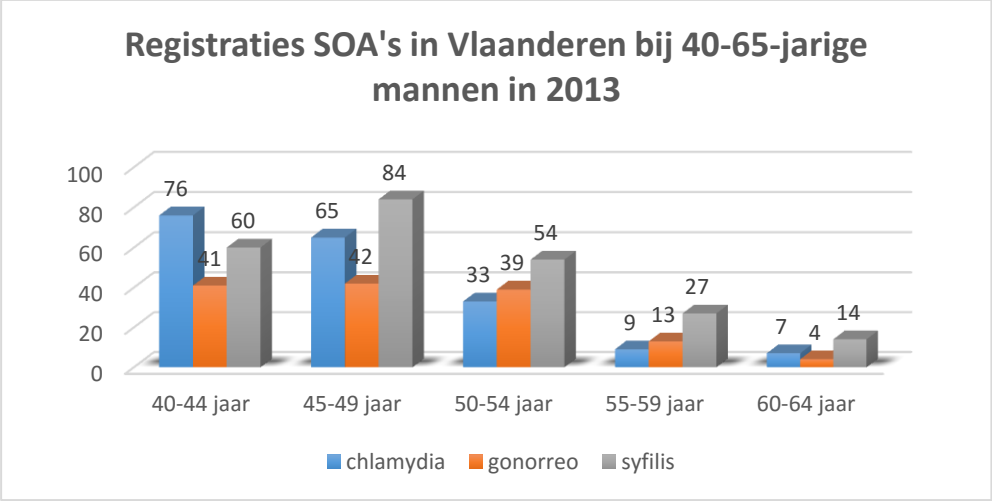
5.1.1.3 Soa's volgens leeftijd en geslacht bij 40-65 jarigen in Vlaanderen

De prevalentie van elke soa is het hoogste tussen de leeftijd van 20 en 34 jaar. Maar ook op oudere leeftijd komen soa's nog steeds voor. chlamydia en herpes worden vaker bij vrouwen vastgesteld. Gonorroe en syfilis worden dan weer meer bij mannen gediagnosticeerd. Genitale wratten (condylomata accuminata) komen bij beide geslachten even frequent voor.

Het aantal gerapporteerde gevallen van chlamydia, gonorroe en syfilis bij 40 tot 65-jarige mannen en vrouwen in Vlaanderen in 2013 worden weergegeven in figuur 2 en 3.



Figuur 2: Aantal gerapporteerde gevallen voor chlamydia, gonorroe en syfilis bij 40-65 jarige vrouwen in Vlaanderen, 2013. Bron: SOA-rapport 2013, WIV

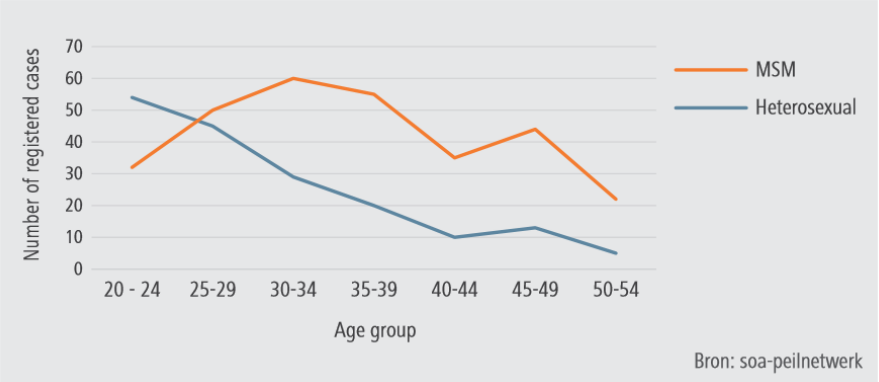


Figuur 3: Aantal gerapporteerde gevallen voor chlamydia, gonorroe en syfilis bij 40-65 jarige mannen in Vlaanderen, 2013. Bron: SOA-rapport 2013, WIV

5.1.2 Risico beïnvloedende factoren

5.1.2.1 Seksuele voorkeur

Infecties met gonorroe en syfilis zijn opvallend sterk vertegenwoordigd in de middelbare leeftijdscategorieën in Vlaanderen (tussen 40 en 60 jaar). Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat deze 2 infecties hoofdzakelijk voorkomen bij homoseksuele mannen (MSM), met respectievelijke 84 en 88% van de vastgestelde infecties. Herpesinfecties, chlamydia en HPV worden meer vastgesteld bij heteroseksuele mannen. Zowel bij heteroseksuele mannen als bij MSM zien we een algemeen dalende trend van het infectierisico naarmate de leeftijd toeneemt (zie figuur 4).



Figuur 4: Verdeling van de mannen met een soa naar seksuele oriëntatie en leeftijdsgroep, peilnetwerk clinici, 2013

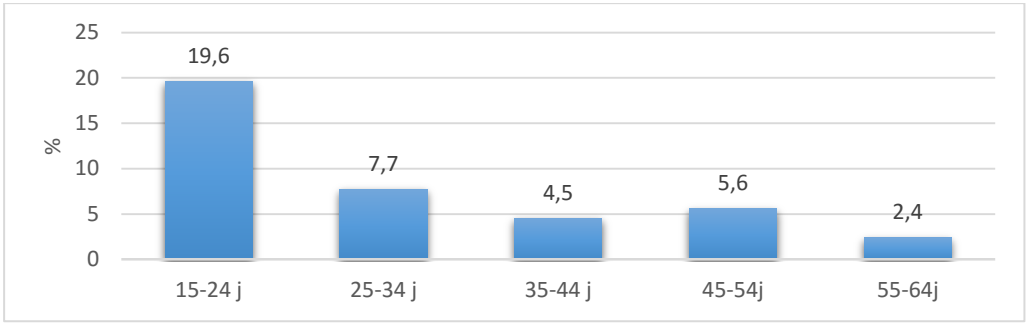
5.1.2.2 Het aantal seksuele partners

Een van de belangrijkste risico's voor het oplopen van een soa is het aantal seksuele partners. Een belangrijk aandeel van de soa-patiënten uit de peilpraktijken wou deze informatie niet meegeven (25% van de vrouwen en 39% van de mannen). Van zij die dit wel deden, meldde 31% 1 seksuele partner gehad te hebben, 35% 2 tot 4 partners en 33% 5 of meer partners in de laatste 6 maanden (3).

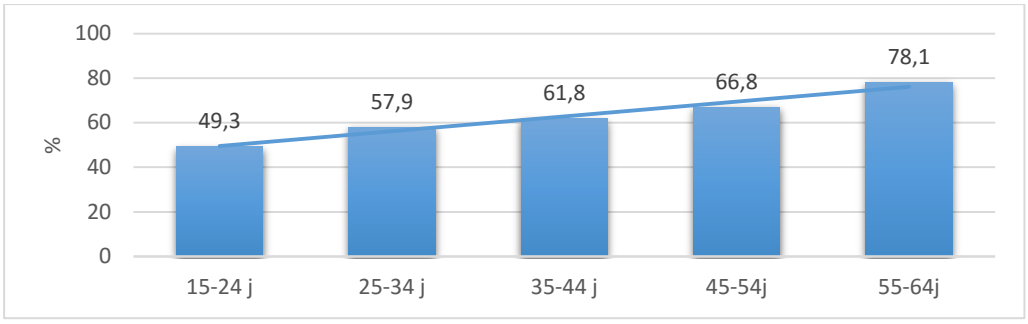
Het hebben van meerdere partners wordt meer gerapporteerd door mannen dan vrouwen (respectievelijk 11.2 en 6.2%), als ook meer bij jongeren: 19.6% in de leeftijdsgroep 15-24 jaar tegen 5.6 % tussen 45 en 54 jaar en 2.4 % tussen 55 en 64 jaar (zie figuur 5). De verdeling volgens leeftijd is gelijkaardig bij mannen en vrouwen (2).

5.1.2.3 Gebrek aan preventiemaatregelen

Condoomgebruik is de belangrijkste preventiemaatregel, onafhankelijk van de seksuele geaardheid. In het SOA-rapport gaf 84% van de besmette deelnemers aan geen condoom gebruikt te hebben 6 maanden voorafgaand aan de soa-diagnose, 58% zei in het algemeen geen condoom te gebruiken (3). Jongeren met meerdere partners gebruiken meer het condoom dan ouderen met meerdere partners (zie figuur 6) (2).



Figuur 5: Percentage seksueel actieve bevolking dat 2 of meer sekspartners heeft gehad in de voorbije 12 maanden, Vlaams Gewest. Bron: Gezondheidsenquête 2013



*Figuur 6: Percentage van de seksueel actieve bevolking die 2 of meer sekspartners heeft gehad in de laatste 12 maanden en **geen** condoom heeft gebruikt bij het laatste contact, België. Bron: Gezondheidsenquête 2013*

5.1.3 Wie en wanneer testen op soa's?

Mannen contacteren vaker een arts omwille van specifieke soa-gerelateerde klachten (55% tegenover 30% van de vrouwen). Maar het aanbieden van een test zonder specifieke klacht is eveneens belangrijk om seksueel overdraagbare aandoeningen vast te stellen. Bij 66% van de vrouwen en 39% van de mannen werd een soa gediagnosticeerd zonder een gerelateerde klacht maar door vraag naar screening, prenataal testen, testen omwille van partner met soa of bij gelegenheid van een andere klacht (3).

5.1.3.1 Wie behoort tot een risicogroep?

Soa's lijken een aandoening van de jeugd. Nochtans behoren de < 25-jarigen niet tot de risicogroep. Ze hebben enkel een verhoogd risico op een chlamydia-infectie, maar niet op syfilis, gonorroe, HIV of hepatitis B (5). De volgende groepen hebben een verhoogd risico op één of meer van de vijf belangrijkste soa's:

- MSM
- Prostituees
- Personen afkomstig uit een soa-endemisch gebied (o.a. Sub Sahara Afrika)
- Personen met frequent wisselende contacten (3 of meer in de voorbije 6 maanden)
- Personen met een partner uit een van de bovenstaande groepen.

5.1.3.2 Welke soa's moeten opgespoord worden?

Tabel 3: Overzichtstabel over de uit te voeren soa-testen bij risico- en niet-risicogroepen, bij patiënten met of zonder soa-gerelateerde klachten. Gebaseerd op de NHG-standaard 'Soa-consult' en de Domus Medica aanbevelingen voor de huisarts 'Soa-consult' (5, 9).

	Risicogroep	Geen risicogroep
Klachten	Ongeacht condoomgebruik of type klacht, test voor -Chlamydia trachomatis - Neisseria gonorroe - Treponema pallidum (syfilis) - HIV - Hepatitis B (indien niet gevaccineerd) Eventueel aanvullend met overige specifieke diagnostische testen, afhankelijk van de klachten.	1. Algemeen genitale klachten: - chlamydiatest (tenzij duidelijke aanwijzing voor herpes, condylomata of schaamluis) 2. Vaginale fluor en risico op SOA (bv. onbeschermd seksueel contact) - chlamydia - gonorroe - trichomonas 3. Urethritisklachten met afscheiding: - chlamydia - gonorroe 4. Urethritisklachten zonder afscheiding: Urineonderzoek => bij leucocyturie: - chlamydia - gonorroe 5. Epididymitis - chlamydia - gonorroe 6. Hard pijnloos ulcus - Serologie syfilis + PCR-diagnostiek uit het ulcus. - Doorverwijzing dermatologie
Geen klachten	1. Alertheid voor HIV en/of hepatitis B (afkomst en seksueel risicogedrag in het verleden verhogen kans) 2. Huidige risicogedrag - chlamydia - gonorroe - syfilis - Hiv - hepatitis B 3. MSM met vroeger risicogedrag - Hiv - hepatitis B 4. HIV-endemisch gebied - Hiv-test	1. Maak inschatting van het risico op soa en bespreek of testen nodig zijn. 2. Indien nodig is een chlamydiatest het eersteaangewezen onderzoek 3. Als Trichomonas bij cervixuitstrijkje: soa-anamnese + ev. gerichte soa-onderzoeken.

5.2 Onderzoeksvraag 1: Is de patiënt tussen 40 en 65 jaar zich bewust van een risico op een soa?

5.2.1 Inleiding

Er heerst een algemene perceptie dat mensen van middelbare leeftijd (40-65 jaar) weinig seksueel actief zijn, en dit met 1 vaste partner, en bijgevolg geen risicogedrag vertonen (10). Maar is dit wel zo? Vertonen mensen op middelbare leeftijd een seksueel risicogedrag? Of is dit onderwerp enkele relevant bij de jongvolwassenen?

5.2.2 Opmars van de soa's

De mannen en vrouwen van middelbare leeftijd groeiden op in een ander tijdperk. De jongvolwassenen uit de jaren '60 en '70, met de 'seksuele revolutie' en toename van 'seksuele vrijheid' en promiscue gedrag, zijn de zestigers van vandaag. Er wordt gesteld dat zij nog steeds seksueel (risico)gedrag vertonen dat aannemelijk was in hun jonge jaren, toen er nog geen weet was van soa's zoals chlamydia of het HIV-virus (11). De huidige veertigers daarentegen beleefden de opkomst van de dodelijke ziekte aids begin de jaren '80, met de seksueel overdraagbare HIV-infectie als oorzaak. Deze mensen zijn opgegroeid met het belang van veilige seksuele activiteit en het gebruiken van de nodige voorbehoedsmiddelen uit angst voor het oplopen van de infectie.

De dalende trend van het voorkomen van soa's in de jaren '80 en begin jaren '90 ligt echter achter ons. Chlamydia-infecties zijn opnieuw sterk vertegenwoordigd, de HIV-incidentie baart nog steeds zorgen in grote bevolkingsgroepen en syfilis en gonorroe zijn bezig aan een opmars (12).

Deze toename is ook te verwachten bij oudere patiënten. Niet enkel jongeren vertonen seriële monogamie. Zij die hun partner verliezen of een scheiding achter de rug hebben, gaan mogelijks op middelbare leeftijd nieuwe (seksuele) relaties aan, waarbij ze zich kunnen blootstellen aan soa's (11). Daarnaast heerst er een wijzigende trend en perceptie over seksualiteit op later leeftijd, met hogere verwachtingen van de eigen seksuele gezondheid. Een levenslange goede seksuele functie wordt gezien als een belangrijke parameter van succesvol ouder worden (10). De beschikbaarheid van medicatie voor erectiele dysfunctie zoals sildenafyl (Viagra) zorgt voor een toename van seksueel actieve oudere mannen (10, 11), terwijl de seksueel actieve postmenopauzale vrouwen een toegenomen risico hebben voor het oplopen van een infectie door een verlaagd oestrogenenniveau en atrofische vaginitis (4, 11).

Daarbovenop komt dat deze ouderen minder preventiemaatregelen tegen soa's (bv. condoom) blijken te gebruiken en zich minder frequent laten screenen (7, 11). Er wordt gezien dat het merendeel van de oudere patiënten urogenitale klachten vertonen op het moment van een SOA-test (4) en dat 48% van de patiënten ouder dan vijftig jaar 2 weken of langer wacht om een arts te consulteren, in tegenstelling tot 23% bij jongere leeftijdsgroepen (13).

5.2.3 Seksueel risicogedrag bij 40-plussers

Uit een aantal beschikbare studies kunnen we besluiten dat de mannen en vrouwen van middelbare leeftijd, ongeacht seksuele voorkeur, wel degelijk seksueel risicogedrag vertonen, maar hier te weinig voor consulteren. Enkele voorbeelden:

1. The Journal of Aging Studies publiceerde in 2006 een studie over de seksuele activiteit bij heteroseksuele 40-plussers. Na 12 maanden bleek 75% van de deelnemers seksueel actief te zijn. Het aantal partners wordt sterk beïnvloed door de relationele status en het al dan niet samenwonen met een partner. Meer dan 90% van de samenwonende mannen en vrouwen (waarvan 94% getrouwd) hadden 1 seksuele partner dat jaar en vertonen dus geen risicogedrag. Dit ligt echter anders bij niet-samenwonende/niet-getrouwde mannen en vrouwen waarbij respectievelijk 34.5% en 11.3% meerdere partners had in het voorbije jaar (14).

2. In de studie over seksuele activiteit en risicogedrag bij 50-plussers van Gott et al. had 28% van de deelnemers 2 tot 5 seksuele partners en 5.6% zelfs meer dan 10 seksuele partners gehad in de 5 jaar voorafgaand aan het onderzoek. Slechts 3% had een seksuele partner van hetzelfde geslacht. Van alle deelnemers, had 7% een seksueel risicogedrag gesteld (het hebben van meer dan één seksuele partner in de voorbije 5 jaar, zonder condoomgebruik). Dit betrof voor 72.6% mannen die allen een langdurige relatie hadden en waarvan 2/3de getrouwd was. Ongeveer 1/3de van de deelnemers met een risicocontact was bezorgd over zijn seksuele gezondheid, maar slechts 9.5% consulteerde hiervoor een arts (7).

3. In een Amerikaanse studie van Leigh et al, wordt beschreven dat 10% van de studiepersonen tussen 50-59 jaar en 9% van deze tussen 60 en 69 jaar meer dan 2 partners hebben gehad gedurende de voorbije 5 jaar. Slechts 7% van deze personen gaf aan consequent een condoom te gebruiken (15).

4. In het Verenigd Koninkrijk melden zich jaarlijks zo'n 16 000 mensen boven de 50 jaar aan op een gespecialiseerde dienst voor urogenitale geneeskunde en zo'n 75% doet dit wegens bezorgdheid over soa's (7, 10).

5. 'The National aids Behavioral Studie' (NABS) toont aan dat tussen de 5.5% en 7.5% van volwassenen boven de 50 jaar op z'n minst 1 seksuele risicofactor hebben voor HIV, maar, in vergelijking met twintigers, gebruikt slechts een zesde geregeld een condoom en heeft een vijfde zich laten screenen voor HIV (7, 11).

5.3 Onderzoeksvraag 2: Wat zijn de drempels om over soa's te spreken?

5.3.1 Inleiding

Hoewel soa's wel degelijk voorkomen bij patiënten boven de 40 jaar, wordt hierover amper een woord gerept in de huisartspraktijk. Oudere personen die vermoeden een soa opgelopen te hebben, zullen langer wachten zich aan te melden bij een arts met hun klachten ten opzichte van de jongere generaties (6). Hoe komt dit?

Er zijn geen concrete cijfers beschikbaar over de drempels voor een soa-consult bij patiënten op latere leeftijd. We kunnen echter veronderstellen dat spreken over seksueel overdraagbare aandoeningen dezelfde drempels met zich meebrengt als spreken over seksuele problemen in het algemeen.

5.3.2 Drempels bij de patiënt

Een studie uit 'Family Practice' (6) ging de barrières na om te spreken over seksuele problemen op latere leeftijd (50-89 jaar). Hierbij zou 49% van de mannen en 39% van de vrouwen graag spreken over seksuele problemen of bezorgdheden, maar slechts 4 tot 6% van deze patiënten doet het effectief. Voor alle deelnemers was de huisarts, gezien de vertrouwensband, nochtans de eerste keuze hulpverlener voor een dergelijk gesprek.

Velen vinden het oncomfortabel om dit gesprek aan te gaan met hun huisarts. Seksualiteit is en blijft een heel intiem onderwerp waarrond een taboesfeer heerst, zeker bij ouderen. Veel patiënten ervaren angst, schaamte en terughoudendheid om hun seksueel gezondheidsprobleem te erkennen en te bespreken. Daarnaast leven velen met de perceptie dat (praten over) seks niet meer hoort op latere leeftijd. Voor velen blijven de problemen en vragen dan ook binnen de 4 slaapkamermuren (6, 10).

Als belangrijkste argument geven patiënten aan schrik te hebben voor de reactie en het oordeel van hun huisarts wanneer zij zelf het onderwerp aanbrengen. Daarnaast beschouwen patiënten hun seksuele problemen vaak als 'geen ernstige gezondheidsprobleem' en 'normaal voor hun leeftijd'(6).

Een belangrijke demografische barrière is leeftijd en geslacht van de huisarts. De meeste patiënten verkiezen een arts van hetzelfde geslacht en dezelfde leeftijd om te spreken over seksuele problemen, maar dit voldoet niet altijd aan het profiel van hun huidige arts. Daarnaast worden seksuele problemen door de patiënt vaak beschouwd als een specialistische materie. Tenslotte verhindert een gebrek aan tijd en privacy tijdens de consultatie de patiënt om het topic aan te halen (6).

Nog een 'drempel' is het gebrek aan kennis van urogenitale symptomen bij de patiënt en het belang van het consulteren van een arts hiervoor. Uit een Britse studie blijkt dat 43.8% van de 50-plussers met een soa-gerelateerde klacht meer dan 2 weken wacht vooraleer een arts te consulteren. Dit is significant langer dan bij jongere bevolkingsgroepen. Reden hiervoor zijn onder andere denken dat de symptomen normaal zijn of eerst zelf een behandeling proberen. Schaamte of angst om hulp te zoeken spelen ook een grote rol (13).

5.3.3 Drempels bij de arts

Hoewel risicogedrag en soa-preventie als een prioriteit worden gezien in de seksuele gezondheidszorg in de eerste lijn, wordt dit door de arts niet als relevant beschouwd op middelbare of oudere leeftijd.

Er wordt minder frequent een seksuele anamnese afgenomen bij patiënten van middelbare leeftijd want de arts verwacht niet dat oudere patiënten een seksueel risicogedrag vertonen. Ze houden vast aan het stereotiepe idee van de monogame heteroseksuele relatie en veronderstellen dat voor deze patiënten seksualiteit een privézaak is (7, 10). Deze stereotypering zorgt voor een significante barrière om over seksualiteit in het algemeen en risicogedrag in het bijzonder te spreken. De arts ervaart het als ongepast om een patiënt hierover proactief te bevragen. Ondanks dat artsen weinig negatieve ervaringen rapporteren, zijn ze bang om de patiënt te beledigen, wat de arts-patiëntrelatie niet ten goede zou komen. Daarnaast voelt de arts zichzelf oncomfortabel bij een gesprek over seksuele gezondheid bij ouderen en voelt hij zich hiervoor te weinig opgeleid. Deze houding reflecteert zich op de patiënt, die hierdoor een gevoel van onzekerheid en ongepastheid ervaart om het onderwerp te bespreken. Er is ook vaak een gebrek aan tijd tijdens een consultatie en een gebrek aan kennis bij de arts (10).

Ondanks dat er weinig geweten is over de reactie van de patiënt bij een vraag naar seksuele gezondheid, zou een proactieve aanpak van de huisarts voor veel patiënten als gepast en mogelijks welgekomen worden ervaren. Het merendeel van de artsen is echter reactief en bespreken enkel seksuele gezondheid wanneer het wordt aangebracht door de patiënt (10).

5.4 Onderzoeksvraag 3: Wat is de rol van de huisarts in het topic soa?

In het SOA-rapport van Vlaanderen werden cijfers gebruikt uit 176 medische praktijken , waarvan 83% huisartspraktijken. Opvallend rapporteerden de huisartsenpraktijken het minst aantal soa's (slechts 15% van de soa's gevonden door screening werden opgespoord bij de huisarts). De helft van de huisartsen rapporteerden zelfs geen enkele soa (3).

Hoewel we in ons dagdagelijkse leven door de media overstelpt worden met seksualiteit, is voor veel mensen, ook voor de huisartsen, seksualiteit iets zeer persoonlijk, zelfs binnen de setting van de gezondheidszorg. Ook komen er steeds meer asymptomatische infecties voor, zoals chlamydia, waardoor de arts verplicht wordt het onderwerp aan te kaarten bij een patiënt zonder klachten. Die consulteert echter de arts om een andere reden en beschouwt zichzelf vaak niet als een mogelijke drager van een soa (7). Een Antwerpse studie bij 122 huisartsen illustreert enkele pijnpunten in de Vlaamse praktijk. De huisarts wordt frequent geraadpleegd over seksuele gezondheid (bv. voorschrift anticonceptie, screening baarmoederhalskanker, etc.) maar grijpt vaak niet de kans om he soa-risico te bespreken met de patiënt of doet dit inadequaat. Een seksuele anamnese wordt zelden afgenomen en slechts 44.3% van de artsen doen minstens 1 x per week een vorm van raadgeving (seksuele voorgeschiedenis, informatie over veilig seksueel verkeer of informatie over soa's) (12).

De patiënt vindt vaak het gemakkelijkst zijn weg naar de huisarts, voor velen is dit zelfs de enigste vorm van medische opvolging. Er liggen dan ook veel opportuniteiten in de eerste lijn voor het bespreken van seksueel risicogedrag en soa's.

6 Onderzoeksopzet

6.1 Inclusie- en exclusiecriteria

Alle GMD[2]-houdende patiënten tussen 40 en 65 jaar (geboren tussen 1951 en 1976) in onze praktijk kwamen in aanmerking voor deelname aan de studie. Zowel vrouwen als mannen werden uitgenodigd om deel te nemen, ongeacht seksuele voorkeur, relationele status of samenlevingsvorm.

6.2 Rekrutering van de deelnemers

Er werd vooropgesteld 50 deelnemers te rekruteren voor het onderzoek. Er werden 60 omslagen met informatiebrief, toestemmingsformulier (2 x) en vragenlijst voorzien, die allen werden verdeeld.

Vanaf 1 mei 2016 werd in de wachtzaal de aankondiging van de studie geafficheerd, met een bijhorende informatiebrief die vrijblijvend kon gelezen worden door de patiënt. Hierin werd vermeld dat zij mogelijks konden aangesproken worden tijdens de consultatie omtrent deelname aan het wetenschappelijk onderzoek, of dat zij de arts hierover zelf mogen aanspreken.

Na het consult (ongeacht reason for encounter) werden de patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria, ingelicht over het wetenschappelijk onderzoek in de praktijk en werd deelname aan de studie aangeboden. Door de intimiteit van het onderwerp waarbij bijkomende kadering door de arts ons belangrijk leek, werd er niet gekozen voor het aanbieden van de vragenlijst in de wachtzaal. Om dezelfde reden werden niet alle patiënten uit onze praktijk die voldeden aan de inclusiecriteria (ook zij die niet consulteren gedurende de onderzoeksperiode) gecontacteerd

Bij het afsluiten van gegevensverzameling op 1 september 2016 werden 52 van de 60 vragenlijsten terugbezorgd.

6.3 Informed consent

Wanneer de patiënt instemde voor deelname werd een informatiebrief en toestemmingsformulier aangeboden (zie bijlage 1 en 2), goedgekeurd door het Ethisch comité Gent op 17 maart 2016 (zie bijlage 3). Er werd voor zowel de arts als de patiënt een exemplaar van het toestemmingsformulier voorzien, dat door beide partijen werd ondertekend.

6.4 Vragenlijst

De vragenlijst werd in een omslag meegegeven aan de deelnemer, samen met de informatiebrief en het exemplaar van het toestemmingsformulier voor de patiënt. Alle vragenlijsten werden in een identieke bruine omslag meegegeven, voorzien van een sticker met adressering van de vragenlijst aan de artsen van de praktijk, onder medisch geheim. Er werd gevraagd enkel de ingevulde vragenlijst, onder gesloten omslag, terug te brengen naar de praktijk. Met voorkeur werd de envelop in de brievenbus gestoken, om de anonimiteit te garanderen.

6.5 Statische verwerking

De bekomen informatie uit de vragenlijsten werd ingevoerd in Excell 2016. De daaruit volgende tellingen, berekeningen en vergelijkingen werden uitgevoerd via vaste formules in Excell. Met de bekomen informatie werden de tabellen en figuren die worden gepresenteerd in hoofdstuk 7 (Resultaten van het praktijkonderzoek) opgesteld.

[2] Globaal Medisch Dossier: dossier dat wordt bijgehouden door de vaste huisarts met informatie over medische voorgeschiedenis, geneesmiddelengebruik, gevolgde behandelingen, verslagen van specialisten, etc.

7 Resultaten van het praktijkonderzoek

7.1 Karakteristieken van de onderzoekspopulatie

7.1.1 Demografische gegevens

Er namen 52 patiënten deel aan het onderzoek. Het betreft 31 vrouwen en 21 mannen, allen van autochtone afkomst.

Een overzicht van de leeftijdsverdeling, seksuele voorkeur, partnerrelatie en samenlevingsvorm bij de deelnemers wordt weergegeven in tabel 4.

Tabel 4: Resultaten - Karakteristieken van de onderzoekspopulatie.

	Mannen (21)	Vrouwen (31)
Leeftijd*		
- 40-45jaar	2	4
- 46-50 jaar	7	3
- 51-55jaar	5	12
- 56-60jaar	3	6
- 61-65jaar	3	4
Seksuele voorkeur		
- Heteroseksueel	20	30
- Homoseksueel	1	1
- biseksueel	0	0
Partnerrelatie		
- Getrouwd	12	19
- In een relatie	6	8
- alleenstaand	3	4
Samenlevingsvorm		
- Samenwonend	16	22
- Alleenwonend	4	6
- Latrelatie/weekend	1	3

* 1 man en 2 vrouwen gaven geen informatie over hun geboortejaar

7.1.2 Karakteristieken van seksueel risicogedrag

7.1.2.1 Seksuele voorkeur

Twee deelnemers aan de studie zijn homoseksueel. Het betreft 1 mannelijke en 1 vrouwelijke deelnemer. De overige 50 deelnemers zijn heteroseksueel.

7.1.2.2 Nieuwe seksuele partner

Het hebben van een seksueel contact met een nieuwe partner in de 12 maanden voorafgaand aan de studie, wordt gezien als een mogelijks seksueel risicogedrag. Bijna één op vijf van de deelnemers (11/52) had een nieuwe seksuele partner in het voorbije jaar. Een overzicht van karakteristieken van deze 11 deelnemers wordt weergegeven in tabel 5.

Tabel 5: Resultaten - Overzicht karakteristieken van de deelnemers met een nieuwe seksueel contact in de voorgaande 12 maanden

	Mannen (4)	Vrouwen (7)
Leeftijdscategorie:		
- 40-45 jaar	0	2
- 46-50 jaar	2	0
- 51-55 jaar	0	1
- 56-60 jaar	1	1
- 61-65 jaar	0	1
- Onbekend	1	2
Seksuele voorkeur:		
- Heteroseksueel	3	7
- MSM	1	nvt
- VSV	Nvt	0
Partnerrelatie:		
- Getrouwd	1	0
- In een relatie	2	4
- Alleenstaand	1	3
Type seksueel contact:		
- Nieuwe relatie	1	5
- Sporadisch contact	2	1
- Frequent wisselende contacten	1	0
- Niet meegedeeld	0	1
Het topic soa kwam reeds aan bod tijdens de consultatie	2	1
Vraag naar screening:		
1. Uit bezorgdheid		
- Nieuwe relatie	1	1
- Sporadisch contact	0	0
- Frequent wisselende contacten	1	0
2. Medische klacht	0	0

7.2 Onderzoeksvraag 1: Is de patiënt tussen 40 en 65 jaar zich bewust van een risico op soa's?

7.2.1 Komt het onderwerp SOA aan bod tijdens een consultatie bij de huisarts?

Bij 13 % (7/52) van de onderzochte populatie kwam het onderwerp soa's reeds aan bod tijdens een consultatie. Dit was in meer dan de helft (4/7) van de gevallen op initiatief van de patiënt.

Het voorbije jaar consulteerden 4 deelnemers een arts met een vraag naar soa-screening. Ze stelden allen deze vraag aan de huisarts en deden dit allemaal uit bezorgdheid. Drie van de 4 deelnemers hadden een nieuwe seksueel contact in het voorgaande jaar (zie tabel 5).

7.2.2 Inschatting van de deelnemers over het risico op een soa binnen hun eigen leeftijdscategorie (patiënten tussen 40 en 65 jaar).

Aan de hand van 5 stellingen werd bij de 52 deelnemers nagegaan wat hun idee is omtrent het soa-risico bij patiënten tussen 40 en 65 jaar. De antwoorden worden weergegeven door middel van een VAS-waardeschaal van 1 tot en met 10.

1. *Stelling: "Bij het aangaan van een nieuwe seksuele relatie loop ik risico op een seksueel overdraagbare aandoening (soa's)".*

Twintig deelnemers (38%) zijn het volledig eens met deze stelling en geloven dat er een risico is op een soa bij een seksueel contact met een nieuwe partner. Dit antwoord werd gegeven door 55% (17/31) van de deelnemende vrouwen ten opzichte van 14% van de deelnemende mannen (3/21), wat een statistisch significant verschil is ($p < 0,001$). Elf deelnemers (21%) bleven neutraal bij deze stelling (score 5) en 3 (6%) waren het volledig oneens en veronderstellen geen risico te lopen op een SOA bij een seksueel contact met een nieuwe partner (zie figuur 7).

2. *Stelling: "Personen ouder dan 40 jaar hoeven zich niet te laten screenen op soa's bij het aangaan van een nieuwe seksuele relatie want seksueel overdraagbare aandoeningen komen niet voor bij personen ouder dan 40 jaar".*

De meeste deelnemers (79% ;41/52) gingen niet akkoord met deze stelling en vinden dat personen ouder dan 40 jaar zich wel moeten laten screenen bij het aangaan van een nieuwe seksuele relatie. Dit betreft 81% (25/31) vrouwen en 76% (16/21) mannen, wat niet significant verschillend is ($p > 0,10$).

3. *Stelling: "Personen ouder dan 40 jaar met een nieuw seksueel contact hoeven geen voorbehoedsmiddel te gebruiken (bv. condoom).*

De overgrote meerderheid (79%) stemt in met de noodzaak tot gebruik van voorbehoedsmiddelen als men zich wil beschermen voor een SOA. Ook hier is er geen significant verschil tussen mannen en vrouwen (17/21 mannen, 24/31 vrouwen, $p > 0,10$) (zie figuur 8).

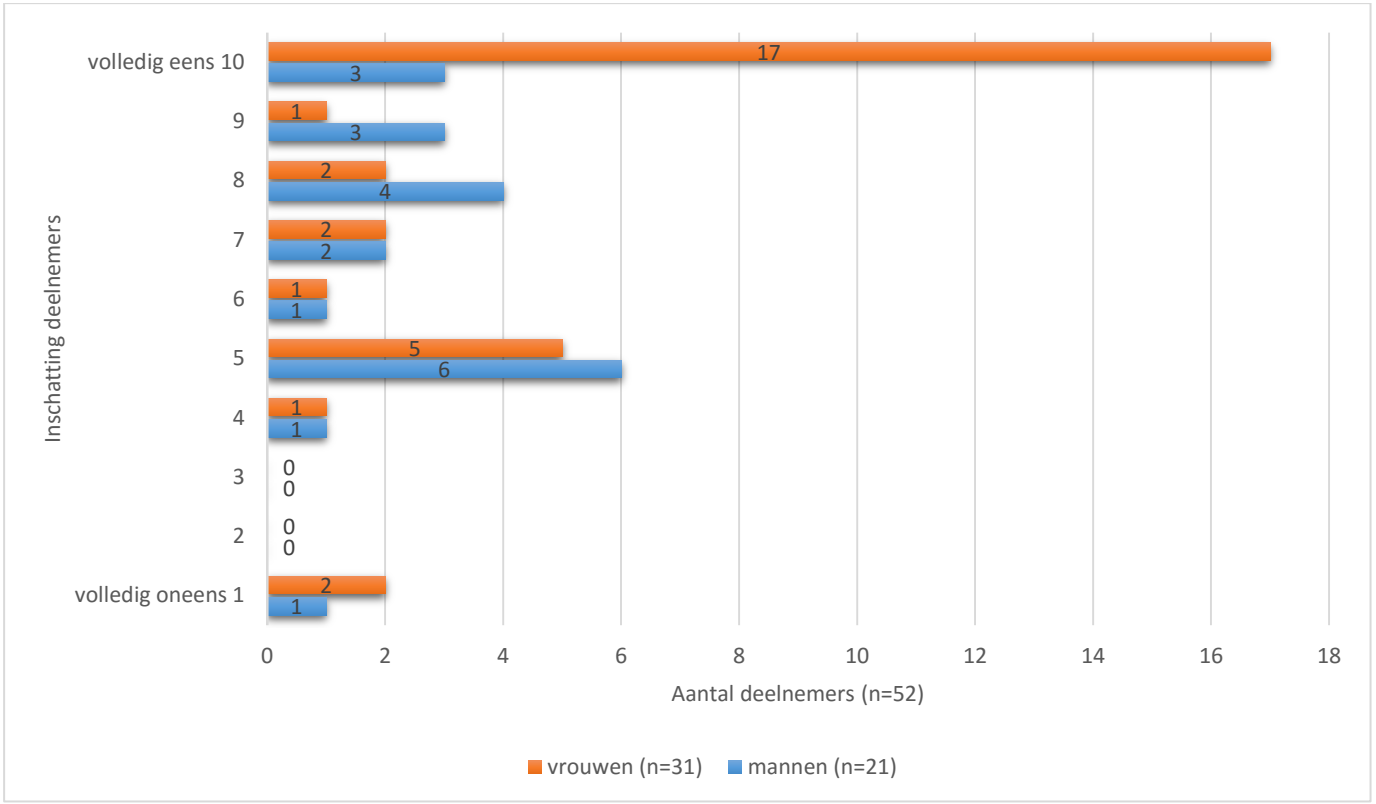
4. *Stelling: "Als je reeds een soa hebt gehad in het verleden en hiervoor behandeld werd, loop je geen risico op een (her)besmetting."*

Bijna alle mannen (90%) en vrouwen (94%) zijn het oneens met deze stelling en weten dat een (her)besmetting met een soa mogelijk is.

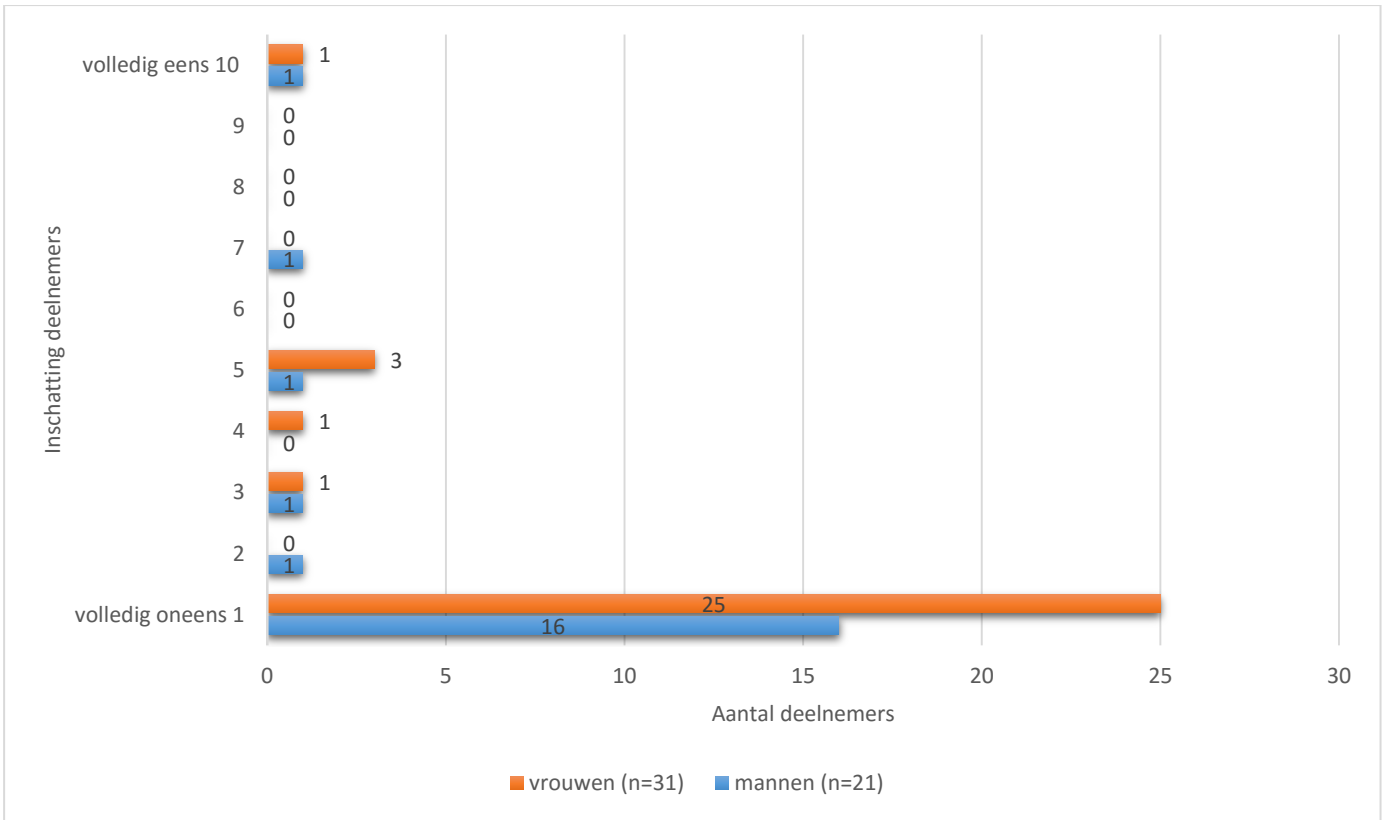
5. *Stelling: "Ik schat mijn kennis over risico op seksueel overdraagbare aandoeningen en veilig seksueel gedrag als volgt in"*

Het merendeel van de patiënten schat zijn kennis omtrent risico's op soa's en veilig seksueel gedrag vrij hoog in: 73% (38/52) schat zijn kennis als voldoende tot zeer goed (waarde > 5), waarvan 42% (16/38) zichzelf een 8 op 10 geeft.

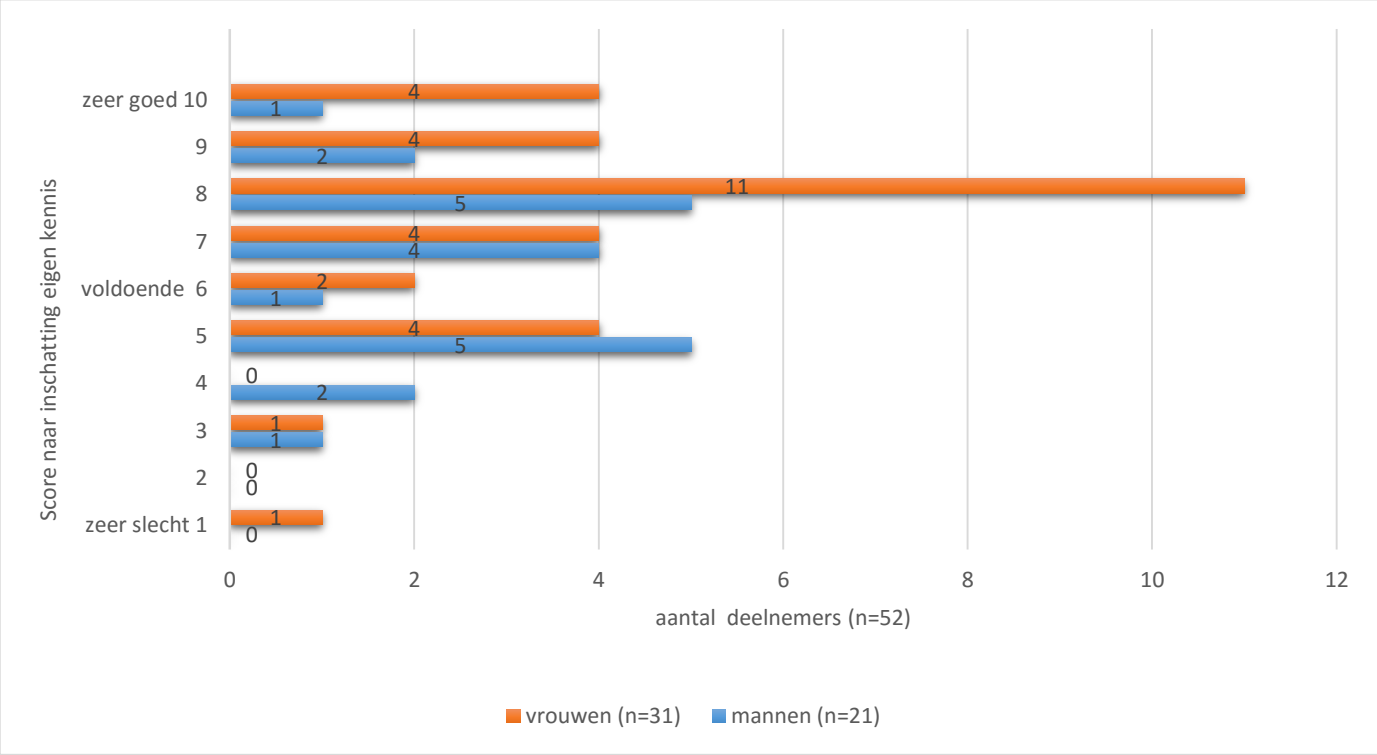
Bij de vrouwen denkt 81% (25/31) voldoende kennis te hebben (> 5) over soa-risico's en veilig seksueel gedrag, ten opzichte van 62% van de mannen. Dit resultaat toont een significant verschil tussen de eigen kennisinschatting van mannen en vrouwen ($p < 0,05$) (zie figuur 9).



Figuur 7: Resultaten - Stelling: "Bij het aangaan van een nieuwe seksuele relatie loop ik risico op een soa", antwoorden van de deelnemers volgens een waardeschaal van 1 tot 10 (1 = volledig oneens, 10 = volledig eens)



Figuur 8: Resultaten - Stelling " Personen > 40 jaar hoeven zich niet te laten screenen op soa's bij het aangaan van een nieuwe seksuele relatie", antwoorden van de deelnemers volgens een waardeschaal van 1 tot 10 (1 volledig oneens, 10 volledig eens)



Figuur 9: Resultaten - Stelling "Ik schat mijn kennis over risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en veilig seksueel gedrag als volgt in. Antwoorden van de deelnemers volgens waardeschaal van 1 tot 10 (1 = zeer slecht, 10 = zeer goed)

7.2.3 Risicogroep: de deelnemers met een sporadisch seksueel contact en frequent wisselende contacten

Er waren 3 deelnemers met een sporadisch seksueel contact in het jaar voorafgaand aan de studie, alsook 1 deelnemer met frequent wisselende contacten (zie tabel 5). Van de 3 deelnemers met een sporadisch seksueel contact consulteerde niemand een arts met een vraag naar screening. Deze 3 deelnemers lopen dan ook potentieel risico op een seksueel overdraagbare aandoening. De antwoorden op de bovenstaande stellingen worden bij deze 3 patiënten uitgelicht in tabel 7.

Tabel 6: Resultaten - Antwoord op stellingen van 3 deelnemers met een sporadisch seksueel contact of seks buiten de relatie

Stellingen	Deelnemer 1 (Man, 47 jaar, getrouwd) Score*	Deelnemer 2 (Man, 50 jaar, alleenstaand) Score*	Deelnemer 3 (Vrouw, 61 jaar, alleenstaand) Score*
1. Risico op een soa bij een nieuw seksueel contact	9	5	6
2. Personen > 40 jaar hoeven zich niet te laten screenen want soa's komen niet meer voor	2	1	1
3. Personen > 40 jaar met een nieuw seksueel contact hoeven geen voorbehoedsmiddel te gebruiken	1	1	5
4. Als je reeds een soa hebt gehad in het verleden, loop je geen risico op (her)besmetting	1	1	1
5. Ik schat mijn kennis over risico op soa's en veilig seksueel gedrag als volgt in:	7	5	5

*Voor stelling 1 tot en met 4 wordt de score weergegeven volgens een VAS-waardeschaal: 1 = volledig oneens, 10 volledig eens. Bij stelling 5 wordt de score weergeven als een punt op 10 : 1 = zeer slecht, 10 = zeer goed

Hierbij bemerken we dat 2 van de 3 deelnemers hun risico op een soa eerder als neutraal inschatten (score 5 en 6) en 1 van hen ook neutraal scoort (score 5) op de stelling omtrent de noodzaak tot het gebruik van een voorbehoedsmiddel ter preventie van soa's bij personen > 40 jaar. Daarnaast blijken deze 2 ook hun kennis omtrent soa's en veilig seksueel gedrag niet als voldoende in te schatten.

7.3 Onderzoeksvraag 2: Wat zijn de drempels om over soa's te spreken

7.3.1 Demografische barrières

7.3.1.1 Specialiteit van de arts

Voor een vraag omtrent soa-screenging verkiest 35% (11/31) van de vrouwen en 19% (4/21) van de mannen een specialist (respectievelijk gynaecoloog of uroloog) boven de huisarts. Wanneer het gaat over een seksuele medische klacht raadpleegt 39% (12/31) van de vrouwen en 10% (2/21) van de mannen onmiddellijk een specialist. Hier bemerken we dat vrouwen significant meer ($p < 0.001$) de specialist raadplegen voor een vraag omtrent soa-screening en een seksuele klacht ten opzichte van mannen. Een overzicht wordt weergegeven in tabel 7 en tabel 8.

7.3.1.2 Geslacht van de arts

Ongeveer een kwart (5/21) van de mannen verkiest een mannelijke arts om te consulteren met een vraag naar screening of een seksuele medische klacht. Ook bij de vrouwen verkiest ongeveer 1 op 4 (8/31) een arts van hetzelfde geslacht. Twee vrouwelijke deelnemers verkiezen een mannelijke arts. Een overzicht wordt weergegeven in tabel 7 en tabel 8.

7.3.1.3 Leeftijd van de arts

Voor 76% (16/21) van de mannen en 94% (29/31) van de vrouwen is de leeftijd van de arts niet van belang om te consulteren voor een vraag naar soa-screening of een seksuele medisch klacht. Een vijfde van de mannen (4/21) geeft wel de voorkeur van een arts van dezelfde leeftijd. Een overzicht wordt weergegeven in tabel 7 en tabel 8.

Tabel 7: Resultaten - De voorkeur van de mannelijke deelnemers over specialiteit, geslacht en leeftijd van de behandelende arts

	Soa-screening	Seksuele medische klacht
Specialiteit		
- Huisarts	17	19
- Uroloog	4	2
Geslacht van de arts		
- Mannelijke arts	5	6
- Vrouwelijke arts	0	0
- Maakt niet uit	16	15
Leeftijd van de arts		
- Jongere arts	1	
- Dezelfde leeftijd	4	
- Oudere arts	0	
- Maakt niet uit	16	

Tabel 8: Resultaten - De voorkeur van de vrouwelijke deelnemers over specialiteit, geslacht en leeftijd van de behandelende arts

	Soa-screening	Seksuele medische klachten
Specialiteit arts		
- Huisarts	20	19
- Gynaecoloog	11	12
Geslacht van de arts		
- Mannelijke arts	2	2
- Vrouwelijke arts	8	9
- Maakt niet uit	21	20
Leeftijd van de arts		
- Jongere arts	0	
- Dezelfde leeftijd	2	
- Oudere arts	0	
- Maakt niet uit	29	

7.3.2 Barrières door perceptie

De huisarts wordt voor 81% van de deelnemers (18 mannen en 24 vrouwen) gezien als de eerste arts om te consulteren met een vraag over soa's. Desondanks ervaren 3 mannen (17%) en 5 vrouwen (21%) van deze deelgroep een barrière om dit effectief te doen. Deze patiënten worden dus mogelijks nergens geholpen. De overige 19% van de deelnemers (3 mannen en 7 vrouwen) zou de huisarts niet raadplegen om diverse redenen. Een overzicht van de barrières wordt weergegeven in tabel 9.

Tabel 9: Resultaten - Overzicht mogelijke barrières om de huisarts te spreken over soa-screening of een soa-gerelateerde klacht, bij de deelnemers die aangeven dat de huisarts de eerste arts is die ze zullen raadplegen bij een vraag rond soa's en bij de deelnemers die aangeven een specialist te zullen raadplegen. Meerdere antwoorden waren mogelijk.

	Huisarts raadplegen		Specialist raadplegen	
	Mannen (18)	Vrouwen (24)	Mannen (3)	Vrouwen (7)
Oncomfortabel om een vraag over soa's te stellen aan de huisarts			2	5
Huisarts heeft onvoldoende kennis over soa's	0	1	1	2
Schaamte om over soa's te spreken	1	4	0	1
Over soa's spreken is niet meer voor mijn leeftijd	0	0	0	1
Huisarts heeft onvoldoende tijd	1	0	0	0
Huisarts verwacht niet dat ik over soa's spreek	1	0	0	1

7.4 Onderzoeksvraag 3: Is er een rol voor de huisarts in het topic 'soa'?

7.4.1 Wenst de patiënt aangesproken te worden door de huisarts over het topic 'SOA'?

Van de 45 (87%) deelnemers waarbij het onderwerp soa nog nooit aan bod kwam tijdens een consultatie (16 mannen en 29 vrouwen), wenst ook 2/3de niet zelf aangesproken te worden door hun huisarts hierover. Het betreft 11 mannen en 19 vrouwen.

Van die 11 mannen ervaart slechts 1 deelnemer een drempel om over soa's te spreken met de huisarts. Van de overige 10 deelnemers hadden 9 deelnemers geen nieuwe seksuele partner, wat een mogelijke verklaring kan zijn voor de wens om hierover niet aangesproken te worden. Twee van de 11 mannen hadden echter wel een nieuwe seksueel partner in het voorgaande jaar. Eén van hen ervaart schaamte (drempel) om met de huisarts hierover te spreken. Bij de tweede deelnemer kon geen reden achterhaald worden waarom hij niet wenst aangesproken te worden (hij ervaart geen barrières om te spreken over soa's en verkiest de huisarts als eerste arts te consulteren met een vraag naar screening of met een medische klacht).

Van de 19 vrouwen ervaren er 5 een drempel om over soa's te spreken met de huisarts. Van de overige 14 deelneemsters hebben er 11 geen seksueel contact met een nieuwe partner gehad in het voorgaande jaar, wat een mogelijke verklaring kan zijn voor de wens om hierover niet aangesproken te worden. Er zijn 4 vrouwen met een nieuwe seksuele relatie die niet willen dat de huisarts zelf het onderwerp aanhaalt tijdens de consultatie. Eén van deze 4 vrouwen ervaart schaamte (drempel) om met de huisarts hierover te spreken. Bij de overige 3 vrouwen kon geen reden achterhaald worden waarom ze niet wensen aangesproken te worden (zij ervaren geen barrières om te spreken over soa's en verkiezen de huisarts als eerste arts te consulteren met een vraag naar screening of met een medische klacht).

Tabel 10: Resultaten - Overzicht van de 45 deelnemers waarbij het onderwerp SOA nog nooit aan bod kwam tijdens een de consultatie, en hun idee over het aanhalen van het onderwerp SOA door de huisarts tijdens de consultatie. Vergelijking tussen deelnemers met of zonder nieuw seksueel contact in het voorgaande jaar.

		Nieuw seksueel contact	Geen nieuw seksueel contact
Mannen:	Wenst **niet** aangesproken te worden: - Barrières* - Geen barrières	 1 1	 0 9
	Wenst wel aangesproken te worden	0	6
	Zou het vreemd vinden aangesproken te worden	1	5
	Zou het niet vreemd vinden aangesproken te worden.	1	9
Vrouwen:	Wenst **niet** aangesproken te worden**: - Barrières - Geen barrières	 1 3	 4 11
	Wenst wel aangesproken te worden	1	7
	Zou het vreemd vinden aangesproken te worden	0	6
	Zou het niet vreemd vinden aangesproken te worden	5	16

*Een overzicht van de mogelijk barrières werd reeds weergegeven in tabel 9
**Eén vrouw met een nieuw seksueel contact bij wie soa's nog niet werden besproken vulde de stelling omtrent het aangaan van een gesprek over soa's door de huisarts niet in.

8 Discussie

8.1 Samenvatting resultaten

Van de 52 deelnemers (21 mannen en 31 vrouwen) hadden 11 een seksueel contact met een nieuwe partner in de voorgaande 12 maanden. Deze 11 patiënten werden gezien als deelnemers met een mogelijks risico op een soa. Slechts 3 van hen consulteerden de huisarts voor screening. Drie deelnemers hadden een sporadisch seksueel contact maar consulteerden geen arts met een vraag naar screening, 2 van hen schatten hun risico op een soa ook eerder laag in. Slechts 14% van de mannen is overtuigd een risico te lopen op een soa bij een seksueel contact met een nieuwe partner. Toch stemt bijna 80% van de deelnemers in met de noodzaak tot het gebruik van een voorbehoedsmiddel (bv. condoom) als men zich wil beschermen tegen soa's. Zes op de tien mannen denkt voldoende kennis te hebben omtrent soa's, ten opzichte van 8 op de 10 vrouwen. Meer dan 2/3de van de 45 deelnemers bij wie het onderwerp soa's nog niet aan bod kwam, wenst hierover ook niet aangesproken te worden door de huisarts.

8.2 De seksueel actieve 40-plusser loopt risico op een SOA

Hoewel soa's hoofdzakelijk voorkomen bij jongeren (4), is leeftijd geen risico beïnvloedende factor. Wel verhogen seksuele voorkeur (MSM), meerdere seksuele partners en het niet gebruiken van voorbehoedsmiddelen (bv. condoom) het risico op een seksueel overdraagbare aandoening. Het stellen van risicogedrag komt dan ook voor in de gehele seksuele actieve bevolking, ongeacht de leeftijd. Hoewel de seksuele activiteit lichtjes daalt bij vrouwen vanaf de leeftijd van 45 jaar en bij mannen vanaf de leeftijd van 55 jaar, is 75% boven deze leeftijd nog steeds seksueel actief (2).

Een levenslange goede seksuele functie wordt gezien als een belangrijke parameter van ouder worden in goede gezondheid (10). Sinds de introductie van sildenafil in 1998, hebben mannen veel meer de mogelijkheid om seksueel actief te blijven op latere leeftijd en dit blijkt te leiden tot een bewezen toename van soa's bij 45-plussers (16, 17). Ondanks dat de menopauze-geassocieerde fysiologische veranderingen (bv. vaginale droogte) bij vrouwen kunnen bijdragen tot een verminderde seksuele activiteit, zijn deze veranderingen voor veel vrouwen van ondergeschikt belang (14). Wel zorgt vaginale droogte en het dunner worden van vaginale mucosa ervoor dat postmenopauzale vrouwen meer risico lopen op een soa. Daarbij komt dat symptomen zoals pelvische pijn, dyspareunie en post-coïtale bloedingen onterecht kunnen toegeschreven worden aan de menopauze, waardoor het risico vergroot om een soa langere tijd te miskennen (16). En zelfs bij aanwezigheid van urogenitale klachten, zal 48% van de 50-plussers 2 weken of langer wachten om een arts hiervoor te consulteren, in tegenstelling tot 23% van de jongere generaties (13).

Niet enkel sporadische contacten buiten een vaste relatie vormen een risico voor het oplopen van een SOA. Bij de 40-plussers zien we steeds vaker verschuivingen in relaties (relatiebreuken, scheidingen, overlijden van partner) waarbij op zoek wordt gegaan naar een nieuwe (seksuele) partner. In de onderzoeksgroep van deze studie had bijna 20% van de deelnemers een seksueel contact met een nieuwe partner in de voorgaande 12 maanden. Dit was vaker (6/11) in een nieuwe vaste relatie dan ten gevolge van een sporadisch contact (4/11). Deze bevindingen zijn gelijklopend met het onderzoek van Gott et al.(7) waar 18.8% van de 50-plussers een nieuwe seksuele partner had in de voorgaande 5 jaar.

Hoewel de meerderheid (79%) van de deelnemers instemt met de stelling dat personen ouder dan 40 jaar een voorbehoedsmiddel moeten gebruiken als ze zich willen beschermen voor een SOA, doen ze dit niet. Uit de Gezondheidsenquête Vlaanderen (2) blijkt dat 78% van de 55-plussers met 2 of meer verschillende seksuele partners gedurende de voorbije 12 maanden geen condoom gebruikte. Dit is een statistisch significant verschil ten opzichte van de leeftijdsgroep van 15-24 jaar waar (slechts) 49% geen condoom gebruikt. Een kwalitatief onderzoek naar het lage condoomgebruik bij gescheiden vrouwen tussen 36 en 52 jaar met een nieuw sekspartner kwam tot een uitgebreide waaier van oorzaken. De ideeën rond seks en voorbehoedsmiddelen uit hun jeugd, toen amper aandacht werd besteed aan soa's en er nog geen kennis was van HIV, beïnvloeden de 40-plusser nu nog steeds (18). Velen ervaren moeilijkheden om het onderwerp aan te snijden met hun nieuwe partner. Een voorbehoedsmiddel moet in veel gevallen niet meer gebruikt worden ter preventie van zwangerschap, en het oplopen van een soa lijkt hen eerder onwaarschijnlijk. Velen zijn vervolgens bang om hun nieuwe partner te beledigingen of teleur te stellen wanneer een vraag naar een voorbehoedsmiddel wordt gesteld (18). We zouden kunnen concluderen dat de 40-plussers wel weten dat een condoom belangrijk is om zich te beschermen tegen soa's, maar uit angst en schaamte het gebruik frequent achterwege laten.

8.3 Is de patiënt tussen 40 en 65 jaar zich bewust van een risico op soa's?

Bijna alle deelnemers (92%) weten dat een (her)besmetting met een SOA mogelijk is op hun leeftijd. Het merendeel (79%) antwoordt ook positief op de stelling dat 40-plussers zich moeten laten screenen op soa's bij het aangaan van een nieuwe seksuele relatie. Evenveel deelnemers beamen dat een voorbehoedsmiddel (condoom) aangewezen is bij een seksueel contact met een nieuwe partner om zich te beschermen tegen een soa. De modale patiënt tussen 40 en 65 jaar blijkt dus op de hoogte te zijn van de risico's op een seksueel overdraagbare aandoening op hun leeftijd. Maar in de praktijk heeft slechts 27% (3/11) van de deelnemers met een nieuwe sekspartner zich effectief laten screenen, waarvan geen enkele deelnemer met een sporadisch seksueel contact. Wanneer we navragen of de deelnemers zelf een risico denken te lopen op een soa bij een seksueel contact met een nieuwe partner, constateren we dat slechts 14% (3/21) van de deelnemende mannen hiervan overtuigd is, 38% (8/21) denkt zelfs eerder van niet. De vrouwen schatten hun eigen risico hoger in, 55% is het volledig eens met de stelling maar ook 26% (8/31) is het eerder oneens. Ook in een Amerikaans onderzoek naar HIV-screening bij ouderen schatte 84.1% van de deelnemers (50 jaar en ouder) hun risico op HIV in als onbestaande (11).

Er is een duidelijk verschil tussen de kennis omtrent soa-risico's en het effectieve gestelde seksuele risicogedrag. Vanuit de nagelezen literatuur kon geen duidelijke verklaring hiervoor gevonden worden. We kunnen veronderstellen dat door sensibiliseringscampagnes voor jongeren de 40-plussers de risicofactoren op een SOA kennen en het aannemelijk vinden dat preventiemaatregelen voor jongeren te extrapoleren zijn naar hun leeftijdsgroep. Maar voor zichzelf hebben ze een eerder lage risicoperceptie waardoor hun kennis hun seksueel gedrag niet blijkt te beïnvloeden.

In het onderzoek van Gott et al (7) blijkt dat in 72.6% van de gevallen het seksueel risicogedrag wordt gesteld door mannen. Dit kan verklaard worden door de significant lagere risicoperceptie, die we vaststellen bij de mannelijke deelnemers in deze studie. De vaststelling dat mannen meer risicogedrag vertonen, zal deels bepaald worden door het aandeel MSM. Het significant grote aandeel soa's bij deze groep (3), doet een lage risicoperceptie en gebrekkige preventie vermoeden. Er zat in deze onderzoeksgroep echter slechts 1 MSM, waardoor ook andere factoren de lage risicoperceptie en het risicogedrag bij mannen beïnvloeden. Mannen zijn vaak sneller en meer seksueel gedreven in een nieuwe relatie en hechten meer belang aan hun seksuele prestatie, wat door condoomgebruik negatief kan beïnvloed worden (18). Ook heeft "de magie van een nieuwe

relatie" een mogelijke invloed op het stellen van risicogedrag. Na het beëindigen van een langdurig huwelijk of relatie, zorgt een nieuwe (seksuele) partner opnieuw voor verliefde gevoelens, opwinding en vertrouwen, en deze emoties nemen de bovenhand op het rationeel denken (18).

Opvallend is dat de risicoperceptie bij 2 van de 3 deelnemers met een sporadische seksueel contact ook eerder laag is. Gezien het lage aantal is het niet mogelijk om uit deze vaststelling een algemene conclusie te trekken, maar het doet vermoeden dat het risico niet enkel laag wordt ingeschat in een nieuwe vaste relatie, maar dat de 40-plusser over het algemeen zich (te) weinig zorgen maakt over soa's bij een seksueel contact met een nieuwe partner.

8.4 Wat zijn de drempels voor de patiënt om over soa's te spreken?

De huisarts wordt voor 81% van de deelnemers gezien als de eerste arts om te consulteren met een vraag over soa's. Toch kwam slechts bij 13% (7/52) van de deelnemers het onderwerp soa reeds aan bod tijdens een consultatie, waarbij slechts de helft op initiatief van de patiënt. Van de deelnemers die bij de huisarts zouden komen aankloppen, ervaart 17% van de mannen en 21% van de vrouwen alsnog een drempel om dit effectief te doen. Het is belangrijk om deze drempels in kaart te brengen, om te voorkomen dat deze patiënten nergens geholpen worden.

Een aantal drempels worden bepaalde door demografische factoren. Geslacht en leeftijd van de arts werden reeds in voorgaande literatuur beschreven als belangrijke karakteristieken voor de patiënt om te durven spreken over seksuele problemen. Er is nog steeds veel terughoudendheid en schaamte om over seksualiteit te praten (6). De veronderstelde gelijkenissen met een arts van hetzelfde geslacht en dezelfde leeftijd, geven de patiënt het gevoel dat hun arts hen beter zal begrijpen, wat de barrières om erover te spreken verlaagt (19). Ook etnische verschillen kunnen een gesprek over seksueel gedrag en risico's in de weg staan (12).

Alle 52 deelnemers aan dit onderzoek waren autochtonen, waardoor voor deze deelnemers taal- of cultuurverschil geen barrière vormden. Van de mannelijke deelnemers geeft 20% de voorkeur aan een arts van dezelfde leeftijd en voor 25% van de deelnemende mannen en vrouwen is het belangrijk een arts van hetzelfde geslacht te kunnen consulteren met een vraag over soa's. Gezien in de huisartspraktijk van de deelnemers reeds jaren een mannelijke solo-arts van middelbare leeftijd actief is, verklaart dit waarom significant meer vrouwen ($p < 0.001$) een consultatie bij de specialist verkiezen.

In totaal verkiest 28% van de deelnemers een specialist te raadplegen voor een SOA-screening of SOA-gerelateerde klachten. Deze cijfers stemmen overeen met de literatuur waar 75% van de mensen die een arts consulteren met een bezorgdheid over seksuele gezondheid, hiervoor bij de huisarts zouden gaan (7). De demografische barrière is moeilijk weg te werken in de huidige praktijk, hoewel het werken met een vrouwelijk HAIO het aanbod voor de patiënt reeds verruimd. De huidige tendens van groepspraktijken, met een combinatie van artsen van verschillend geslacht en leeftijd biedt wel voor de patiënt meer mogelijkheden om de huisarts te raadplegen.

Schaamte is voor 6 deelnemers (11.5%) een drempel om met de huisarts te spreken en 4 deelnemers (8%) schatten de kennis van hun huisarts in als onvoldoende. Maar 1 deelnemer zou de huisarts niet raadplegen wegens een gebrek aan tijd tijdens de consultatie. Opmerkelijk zijn deze drempels bij de huisarts zelf een stuk groter. In een studie met 122 Antwerpse huisartsen ervaart bijna 1 op 5 huisartsen schaamte bij een seksuele anamnese. Bijna 7 op 10 huisartsen voelt zich onvoldoende opgeleid voor het voeren van een soa-consult en 60.8% heeft onvoldoende tijd om soa's te

bespreken tijdens een routine consultatie. Bijna 80% van de huisartsen vindt het ook moeilijk om soa's te bespreken met een patiënt, wanneer deze geen klachten heeft (12).

8.5 Rol van de huisarts

In dit onderzoek zegt de meerderheid van de mannen en vrouwen (respectievelijk 86% en 77%) de huisarts als eerste arts te raadplegen met een vraag over soa's. Er is dus zeker een rol weggelegd voor de huisarts. Twee belangrijke sterktes van de eerstelijn geneeskunde zijn de laagdrempeligheid om de huisarts te bezoeken en de vertrouwensband die doorheen de jaren wordt opgebouwd. De huisarts heeft een globaal beeld van de patiënt, met informatie die een stuk breder gaat dan de gezondheidstoestand alleen. Vaak is de huisarts een familiearts, met inkijk in het privéleven van zijn patiënt. Deze positie kan in het voor- of nadeel spelen van de arts. Enerzijds biedt het vertrouwen en kennis van de privésituatie de huisarts de gelegenheid om risicogedrag openlijk te bevragen. Anderzijds kan de patiënt bang zijn deze informatie te delen, net omdat de arts de patiënt en zijn familie zo goed kent.

De huisarts is een goed geplaatste gezondheidszorgmedewerker om seksueel risicogedrag bij een patiënt op te sporen en bespreekbaar te maken. Een soa-consult zou niet enkel mogen plaatsvinden bij urogenitale klachten of op vraag van de patiënt, maar ook naar aanleiding van de risico-inschatting volgens de arts, bijvoorbeeld bij 40-plussers met nieuwe seksuele relaties.

Er is reeds in voorgaande literatuur beschreven dat de huisarts vaak bang is om zijn patiënt te beledigen of de kostbare vertrouwensband onder spanning te brengen door seksuele gezondheidszorg aan te kaarten, maar dit zou mogelijks een onterechte angst zijn (6, 10, 12). Opvallend wenst twee derde van de deelnemers, die nog nooit met de huisarts spraken over soa's, hierover ook niet aangesproken te worden tijdens een consultatie. Vanuit de vraagstelling is het moeilijk te concluderen waarom de patiënt geen gesprek over soa-risico wenst. De hogerop beschreven demografische barrières van de arts, schaamte, angst of het hebben van een langdurige monogame relatie (in de onderzoeksgroep +/- 80%) zijn mogelijke verklaringen hiervoor. Het gevaar zit hem in de patiënten die wel seksueel risicogedrag stellen maar een lage risicoperceptie hebben en hierdoor geen arts raadplegen voor screening. Ook al wenst de patiënt liever niet over soa's te spreken, toont het onderzoek wel dat slechts een minderheid (27%) van de deelnemers een vraag over soa's vreemd zou vinden.

Wetende dat de meerderheid van de patiënten de huisarts verkiest om te spreken over soa's, een minderheid het vreemd zou vinden als de huisarts het onderwerp aanhaalt en de eigen risicoperceptie van de 40-plusser eerder laag is, is het een opportuniteit van de huisarts, om bij risicopatiënten seksueel gedrag te bevragen en hen te sensibiliseren.

8.6 Beperkingen van het onderzoek

8.6.1 Rekrutering van de deelnemers

De rekrutering van de deelnemers is niet volledig systematische verlopen. Door drukte in de praktijk werd vaak vergeten een patiënt tussen 40 en 65 jaar hierover aan te spreken. Deelname aan de studie was vrijblijvend en werd een aantal keer geweigerd door de patiënt. Daarnaast werd ook een deel van de vragenlijsten niet terugbezorgd. Mogelijks haakten deelnemers met hoge drempels om

over soa's te spreken reeds af op voorhand. Een steekproef met 50 deelnemers is te klein om concrete besluiten te trekken.

8.6.2 Vragenlijst

Aangezien de vragenlijst aan de patiënt werd meegegeven, kon er geen extra informatie gegeven worden bij bepaalde vragen. Hierdoor kunnen mogelijke foutieve interpretaties van vragen of antwoorden niet uitgesloten worden. De vragen naar kennis en risico-inschatting zijn beperkt en door het gebruik van de VAS-schaal moeilijk te interpreteren zonder extra uitleg van de deelnemer. Er werd niet gevraagd naar het gebruik van voorbehoedsmiddelen bij de deelnemers, waardoor een aantal deelnemers mogelijks onterecht tot de risicogroep werden gerekend.

8.6.3 Suggesties voor verder onderzoek

De mogelijke drempels om met de huisarts te spreken over soa's, werden geselecteerd uit de bestaande literatuur en onder de vorm van een meerkeuze aan de patiënt voorgelegd. Hoewel 2/3de niet wenst dat de huisarts hen aanspreekt op consultatie over soa's, vonden we bij weinig deelnemers een drempel om over soa's te spreken. Een kwalitatief onderzoek met patiënten-interviews zou meer informatie opleveren en mogelijks nieuwe drempels aan het licht brengen. Het zou ook een interessante aanvulling zijn om naast de patiënten ook de huisartsen uit dezelfde praktijk te bevragen over hun drempels om de patiënt aan te spreken en deze resultaten naast elkaar te leggen.

9 Advies voor de huisartspraktijk

Uit dit onderzoek kan besloten worden dat voor veel patiënten de huisarts de eerste arts blijkt te zijn waarbij ze zouden consulteren met een vraag of bezorgdheid over seksueel overdraagbare aandoeningen. Maar een soa-consult in de huisartspraktijk gebeurt (te) weinig, waaruit volgt dat slechts 15% van de soa-diagnoses door screening wordt gesteld bij de huisarts (3). Hieronder worden een aantal ideeën en adviezen geformuleerd om seksualiteit en seksueel overdraagbare aandoeningen meer aan bod te laten komen in de huisartsenpraktijk.

9.1 Denk eraan als huisarts

De belangrijkste risicogroepen voor het oplopen van een soa blijven MSM-contacten, prostituees, personen afkomstig uit een soa-endemisch gebied, personen met frequent wisselende contacten (3 of meer in de voorbije 6 maanden) en personen met een partner uit een van de voorgaande groepen, ongeacht de leeftijd. Door het stereotype beeld van de 40-plusser in een monogame relatie zijn we ons als huisarts, net als de patiënt van middelbare leeftijd, nog te weinig bewust van hun mogelijke risico op een soa. Uit onderzoek blijkt dat in Vlaanderen ontrouw binnen de partnerrelatie voorkomt bij 1 op 4 mannen en bij 1 op 5 vrouwen (20). Daarnaast zien we de laatste decennia ook meer seriële monogamie op middelbare leeftijd. Uit veel voorgaande onderzoek die in deze thesis werd aangehaald, en recente cijfers uit het SOA-rapport Vlaanderen zien we een opmars van soa's in alle leeftijdscategorieën. Bij elke patiënt die voor ons zit, zouden we als huisarts bedacht moeten zijn op een potentieel seksueel risicogedrag.

9.2 Sensibiliseer de 40-plussers in de praktijk

Het feit dat een 40-plusser zich niet vaak presenteert met een vraag naar een SOA-screening en zich vaker laattijdig presenteert met een urogenitale klacht, wordt deels verklaard door hun eigen lage risico-inschatting. Bewustmaking bij deze generatie is dan ook nodig. Op praktijkniveau kan dit bijvoorbeeld door het ophangen van een in het oog springende affiche of het aanbieden van een informatiefolder in de wachtzaal, waar de nadruk wordt gelegd op een SOA-risico op middelbare leeftijd. Ook kan de praktijkwebsite gebruikt worden om op patiëntniveau informatie beschikbaar te stellen over soa's (hoe, waarom en wanneer de huisarts hiervoor raadplegen). Interactief kan de patiënt een zelftest invullen, waarbij door enkele vragen omtrent seksueel gedrag een risico-inschatting gemaakt kan worden, waarbij de patiënt al dan niet wordt geadviseerd hier met de huisarts over te spreken.

9.3 Durf erover te spreken met de patiënt

Uit voorgaande onderzoeken, als ook uit dit praktijkonderzoek blijkt dat de patiënt van middelbare leeftijd het vaak niet ongepast of vreemd vindt als de huisarts hen zou aanspreken over seksueel risicogedrag, maar uiteraard speelt de communicatieve aanpak hier een cruciale rol .

Het is allereerst belangrijk als arts geen schroom te ervaren om seksueel gedrag te bevragen, want die schroom is 'besmettelijk' voor de patiënt. Daarnaast wordt een seksuele anamnese best aangekondigd en gekaderd, waarbij vervolgens het mandaat wordt gevraagd aan de patiënt om een aantal vragen te stellen over seksueel gedrag.

Bijvoorbeeld: "We doen een uitstrijkje ter preventie van baarmoederhalskanker, wat veroorzaakt wordt door een seksueel overdraagbare HPV-infectie. Daarom zou ik graag een aantal bijkomende vragen stellen over uw risico op soa's. Is dit goed voor u?"

De toestemming vragen aan de patiënt werkt drempelverlagend, doordat de patiënt zich kan voorbereiden op de vragen die zullen volgen en hier vrijwillig op antwoordt. Wanneer de patiënt hier

niet over wenst te spreken met de huisarts (schaamte, demografische barrières,…), kan hij aangemoedigd worden hierover te spreken met een andere arts naar voorkeur.

Uiteraard hoeft er niet bij elk consult van een 40-plussers een bijkomende seksuele anamnese te gebeuren, maar de huisarts kan wel van verschillende gelegenheden gebruik maken om seksueel gedrag te bevragen in het consult. Wanneer een nieuwe patiënt zich aanmeldt in de praktijk zal deze niet raar opkijken wanneer er tijdens de intake wordt gevraagd naar de burgerlijke/relationele status en de seksuele voorkeur. Deze informatie is van niet te onderschatten waarde en wordt best op een vaste plaats in het EMD genoteerd. De recent verschenen praktijktool van Domus Medica (20) over de aanpak van seksueel overdraagbare aandoeningen in de praktijk stelt bijvoorbeeld voor om bij mannen met MSM-contacten minstens 1 keer per jaar een soa-anamnese te doen. Wanneer de seksuele voorkeur duidelijk in het dossier vermeld staat, en de patiënt weet dit ook, kan de huisarts systematischer deze risicogroep bevragen. Daarnaast kan bij een preventief onderzoek (cervixuitstrijkje) of urogenitale klachten duidelijk gekaderd worden waarom je als huisarts ook een aantal vragen wenst te stellen over het seksueel gedrag. Ook leiden de vertrouwensband en de inkijk in het privéleven van de patiënt al vaker eens tot een gesprek over het persoonlijk leven tijdens of na een consultatie. Hier kan de huisarts inspelen op hetgeen de patiënt vertelt (relationele problemen, nieuwe relatie, etc.) en seksueel risicogedrag aftoetsen.

9.4 Extra informatie en opleiding

De huisarts voelt zich te weinig opgeleid om een seksuele anamnese af te nemen, de tijdsdruk tijdens een consultatie ligt hoog, men ervaart schaamte om de patiënt hierover aan te spreken of men is bang om een vloedgolf aan nieuwe informatie en vragen los te maken bij de patiënt waar men geen antwoord op weet.

Een goede kennis over de symptomatologie, diagnose en behandeling van soa's zijn een eerste stap om zich als arts comfortabel te voelen tijdens een soa-consult.

- In tabel 1 en 3 wordt een overzicht weergegeven van de meest voorkomende soa's en de uit te voeren testen bij (niet)-risicogroepen die al dan niet een seksueel risicogedrag vertonen. Dit overzicht, gebaseerd op de Belgische en Nederlandse richtlijnen, kan als eerste ondersteunende tool gebruikt worden in de huisartspraktijk.

- Recent publiceerde Domus Medica een praktijktool over de aanpak van seksueel overdraagbare aandoening in de huisartspraktijk, met zeer gerichte antwoorden op belangrijke klinische vragen zoals wanneer, wie en hoe te testen op soa's, als ook hoe verschillende soa's te behandelen (20).

- Er is ook een uitgewerkte LOK (9) ter beschikking *(Seksueel Overdraagbare Infecties in de Huisartsenpraktijk. Handleiding voor de Moderator; Antwerpen; Domus Medica, 2015 (Handleidingen voor Kwaliteitsbevordering))* met SOA-casuïstiek, die in de huisartskring kan gegeven worden.

Daarnaast is het belangrijk de communicatieve vaardigheden goed onder de knie te hebben. Het is als arts de grootste uitdaging om te durven en kunnen communiceren met de patiënt, over de demografische barrières van leeftijd, geslacht of etniciteit heen. Praten over seksualiteit zou reeds in de opleiding Geneeskunde uitgebreider aan bod kunnen komen tijdens de communicatielessen. Hier zou de student kunnen oefenen hoe tijdens een consultatie over seksuele gezondheid openheid te creëren en schaamte te overwinnen. Eenmaal afgestudeerd kan een bijscholing of een interactieve LOK in samenwerking met een seksuoloog zeer zinvol zijn om de huisarts vertrouwd te maken met het onderwerp "Praten over seksualiteit in de huisartspraktijk".

10 Besluit

In dit onderzoek naar kennis en eigen risico-inschatting van soa's bij de patiënt tussen 40 en 65 jaar gingen we op zoek naar een antwoord op drie onderzoeksvragen:

1. Is een patiënt tussen 40 en 65 jaar zich bewust van een risico op een soa?

De 40-plusser weet dat er ook op hun leeftijd risico is op het oplopen van een soa en schat het belang van het gebruik van voorbehoedsmiddelen als preventie correct in. Maar het eigen risico op een soa bij een seksueel contact met een nieuwe partner wordt, zeker door de mannen, eerder laag ingeschat. Dit weerspiegelt zich in een significant lager gebruik van voorbehoedsmiddelen bij deze leeftijdsgroep. We kunnen dus besluiten dat, ondanks correcte kennis, de patiënt tussen 40 en 65 jaar zich te weinig bewust is van een risico op een soa en bijgevolg het seksueel gedrag hierdoor niet laat beïnvloeden. Meer bewustmaking van het soa-risico bij de patiënt tussen 40 en 65 jaar in de huisartspraktijk kan zinvol zijn.

2. Welke drempels ervaart een patiënt tussen 40 en 65 jaar om te spreken over soa's tijdens een consultatie?

De leeftijd en het geslacht van de huisarts worden beschouwd als barrières om te spreken over seksuele gezondheid en soa's spelen voor ongeveer een kwart van de deelnemers, waarbij de grootste drempel in de onderzoekspraktijk het mannelijk geslacht is van de huisarts. Hierdoor consulteren significant meer vrouwen liever een specialist voor een vraag omtrent seksuele gezondheid of soa-screening. Slechts een kleine minderheid zou de huisarts niet raadplegen wegens schaamte, omdat de huisarts het niet verwacht van de patiënt, tijdsgebrek tijdens een consultatie of onvoldoende kennis van de huisarts. De huisarts zelf ervaart deze genoemde drempels nochtans veel vaker tijdens zijn consultatie. Een kwalitatief onderzoek met patiënteninterviews zou mogelijks nog meer barrières om te spreken over soa's in de huisartspraktijk aan het licht kunnen brengen.

3. Welke rol vervult de huisarts voor de patiënt tussen 40 en 65 jaar in het topic "soa's"?

Twee derde van de deelnemers wenst niet aangesproken te worden over soa's tijdens een consultatie bij de huisarts, om diverse redenen. Maar slechts 1 op 4 zou het vreemd vinden als de huisarts het wel zou doen en het merendeel zou zelf de huisarts als eerste arts consulteren met een soa-gerelateerde vraag of klacht. De huisarts krijgt dus een belangrijke taak toebedeeld terwijl die zich zelf onvoldoende gewapend voelt om te spreken over soa's, ze op te sporen en te behandelen. Naast het aanreiken van verschillende tools in de praktijk, is een goede communicatieve opleiding cruciaal voor een vlot SOA-consult.

11 Referenties

1. Government BF. FOD Economie,K.M.O,Middenstand en Energie 2013. Available from: http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/sitemap.jsp.
2. Gisle L DSe. Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. Brussel WIV -ISP, 2014.
3. al. VRe. Seksueel overdraagbare aandoeningen bij de algemene bevolking, Gegevens van 2013 voor België en de 3 Regio's. Brussel: WIV-ISP, 2014.
4. Xu F, Schillinger JA, Aubin MR, St Louis ME, Markowitz LE. Sexually transmitted diseases of older persons in Washington State. Sex Transm Dis. 2001 May;28(5):287-91. PubMed PMID: 11357895. Epub 2001/05/19. Eng.
5. Van Bergen JEAM DJ, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, Bouma M, Verlee E. NHG-Standaard Het soa-consult (Eerste herziening). Huisarts wet. 2013;56(9):450-63.
6. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. Family Practice. 2003;20(6):690-5.
7. Gott CM. Sexual activity and risk-taking in later life. Health Soc Care Community. 2001 Mar;9(2):72-8. PubMed PMID: 11560723. Epub 2001/09/19. Eng.
8. Morre SA, van den Brule AJ, Rozendaal L, Boeke AJ, Voorhorst FJ, de Blok S, et al. The natural course of asymptomatic Chlamydia trachomatis infections: 45% clearance and no development of clinical PID after one-year follow-up. Int J STD AIDS. 2002 Dec;13 Suppl 2:12-8. PubMed PMID: 12537719. Epub 2003/01/23. Eng.
9. K. S. Seksueel Overdraagbare Infecties in de Huisartsenpraktijk. Handleiding voor de moderator. . Domus Medica (Handleidingen voor Kwaliteitsbevordering). 2015.
10. Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. Social Science & Medicine. 2004 6//;58(11):2093-103.
11. Adekeye OA, Heiman HJ, Onyeabor OS, Hyacinth HI. The new invincibles: HIV screening among older adults in the U.S. PLoS One. 2012;7(8):e43618. PubMed PMID: 22952722. PMCID: PMC3428311. Epub 2012/09/07. Eng.
12. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. Fam Pract. 2003 Feb;20(1):11-5. PubMed PMID: 12509364. Epub 2003/01/02. Eng.
13. Gott CM, Rogstad KE, Riley V, Ahmed-Jushuf I. Delay in symptom presentation among a sample of older GUM clinic attenders. Int J STD AIDS. 1999 Jan;10(1):43-6. PubMed PMID: 10215129. Epub 1999/04/24. Eng.
14. Carpenter LM, Nathanson CA, Kim YJ. Sex after 40?: Gender, ageism, and sexual partnering in midlife. Journal of Aging Studies. 2006 4//;20(2):93-106.
15. Leigh BC, Temple MT, Trocki KF. The sexual behavior of US adults: results from a national survey. American Journal of Public Health. 1993 1993/10/01;83(10):1400-8.
16. Minkin MJ. Sexually transmitted infections and the aging female: Placing risks in perspective. Maturitas. 2010 10//;67(2):114-6.
17. Smith KP, Christakis NA. Association Between Widowhood and Risk of Diagnosis With a Sexually Transmitted Infection in Older Adults. American Journal of Public Health. 2009 2009/11/01;99(11):2055-62.
18. Rich ER. Negotiation of HIV Preventive Behaviors in Divorced and Separated Women Reentering the Sexual Arena. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2001 7//;12(4):25-35.
19. Hinchliff S, Gott M. Seeking Medical Help for Sexual Concerns in Mid- and Later Life: A Review of the Literature. The Journal of Sex Research. 2011 2011/02/28;48(2-3):106-17.
20. K. S. Praktijktool Seksueel overdraagbare infecties: aanpak in de huisartsenpraktijk. . Domus Medica VZW, Antwerpen. 2017.

12 Bijlagen

12.1 Aanvraag + goedkeuring Ethisch Comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS
IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

WAT MET DE KENNIS EN EIGEN RISICO-INSCHATTING VAN SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN BIJ PATIËNTEN TUSSEN DE 40 EN 65 JAAR? WAT ZIJN DE DREMPELS OM DIT TE BESPREKEN MET DE HUISARTS?

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF.DR. DIRK AVONTS
- FUNCTIE: GASTPROFESSOR
- UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF.DR.DE MAESENEER JAN

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: DOSSCHE RIET
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0472 34 61 07
- E-MAIL: RIET.DOSSCHE@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. JOOS JÖRGEN
- ADRES: BRUGSE STEENWEG 2B, 9900 EEKLO
- TELEFOONNUMMER: 09 377 25 63
- E-MAIL: JORGEN.JOOS@TELENET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: SOLO-ARTS

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: NVT
- NAAM ONDERZOEKER: NVT
- DATUM GOEDKEURING: NVT (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK:11/04/2016
- EINDE ONDERZOEK: 31/08/2017

7. SOORT ONDERZOEK

☒ PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK
- ☒ VERZAMELEN VAN PATIËNTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ☒ VRAGENLIJSTEN
- ☐ INTERVIEW

☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ☐ WELKE PERIODE: ….

☒ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ☐ FASE I
  - ☐ FASE II
  - ☐ FASE III
  - ☐ FASE IV
  - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN

- ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ☐ MEDICAL DEVICE
  - ☐ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

1. <u>INLEIDING:</u>

ONZE MAATSCHAPPIJ TOONT EEN HOOG CIJFER AAN SCHEIDINGEN WAARDOOR OOK OP LATERE LEEFTIJD VEEL MENSEN ALLEENSTAAND ZIJN, NIEUWE RELATIES AANGAAN EN SEKSUEEL ACTIEF ZIJN MET NIEUWE PARTNER(S). DAARNAAST IS ER DE LAATSTE JAREN OPNIEUW EEN TOENEMENDE TREND VAN SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN (SOA'S) IN WEST-EUROPA (INFECTIEBULLETIN,2012). HIERBIJ LOPEN OOK PATIËNTEN OP LATERE LEEFTIJD EEN RISICO OP EEN SOA. ER IS SLECHTS WEINIG GEWETEN OVER DE KENNIS EN RISICO BIJ OUDEREN OMTRENT SOA'S EN HUN SEKSUEEL GEDRAG, OMDAT STUDIES IN DIT ONDERZOEKSGEBIED STEEDS GEFOCUST ZIJN OP JONGEREN. DIT LEGT DE NADRUK OP DE 'ASEKSUELE STATUS' OP LATERE LEEFTIJD DIE, ONTERECHT, GANGBAAR LIJKT IN ONZE MAATSCHAPPIJ. OOK ELKE SENSIBILISERINGSCAMPAGNE (BV.SENSOA) IN VLAANDEREN IS GERICHT OP JONGEREN TUSSEN 15-35 JAAR.

DE LEEFTIJDSGROEP TUSSEN 40-65 JAAR IS STERK VERTEGENWOORDIGD IN ONZE HUISARTSENPRAKTIJK (39% VAN DE PATIËNTENPOPULATIE). ER WORDT OP CONSULTATIE ECHTER WEINIG TOT GEEN AANDACHT BESTEED AAN HET SOA-RISICO BIJ DEZE DOELGROEP, TENZIJ OP EXPLICIETE VRAAG VAN DE PATIËNT. EEN ONDERZOEK VERSCHENEN IN FAMILY PRACTICE (1) TOONT ECHTER AAN DAT DE PATIËNT DE HUISARTS ZIET ALS DE MEEST GESCHIKTE HULPVERLENER OM TE SPREKEN OVER SEKSUALITEIT EN SOA'S. MAAR DE PATIËNT HALEN ZELF ZELDEN HET THEMA AAN.

DE VRAAG STELDE ZICH IN DE PRAKTIJK HOE WE DEZE VERGETEN DOELGROEP BETER KUNNEN BENADEREN. IS DE PATIËNT ZICH BEWUST VAN EEN MOGELIJKS RISICO OP SOA? WAAROM DURFT HIJ DIT ONDERWERP NIET ZELF AAN TE KAARTEN BIJ DE HUISARTS? WAAR LIGT DE TAAK VAN DE HUISARTS OM SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN BETER BESPREEKBAAR TE MAKEN BIJ EEN PATIËNTENPOPULATIE DIE NIET MONDIG IS OVER DIT ONDERWERP?

1. Gott M, Hinchliff S. Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. Family Practice. 2003;20(6):690-5.

2. ONDERZOEKSVRAAG

HOE ZIEN PATIËNTEN VAN MIDDELBARE LEEFTIJD HUN SEKSUELE GEZONDHEID,, WAT IS DE KENNIS EN INSCHATTING OMTRENT HUN RISICO OP EEN SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENING EN WAT ZIJN DE DREMPELS OM HIEROVER TE SPREKEN MET DE HUISARTS?

3. METHODE

a) *REKRUTERING*: AT RANDOM, PATIËNTEN TUSSEN 40 EN 65 JAAR DIE BIJ DE HAIO EN PRAKTIJKOPLEIDER OP CONSULTATIE KOMEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK, WORDEN INGELICHT OVER HET LOPENDE PROJECT. HET DOEL VAN DE STUDIE WORDT KORT GEÏNTRODUCEERD, WAARNA ER WORDT GEVRAAGD OF ZIJ AL DAN NIET WENSEN DEEL TE NEMEN. HIERBIJ WORDT OOK EEN SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING VAN DE PATIËNT GEVRAAGD.
b) *BEVRAGING*: ONLINE OF PAPIERENVRAGENLIJST, MET GECODEERDE GEGEVENS
c) ANALYSE: AAN DE HAND VAN DE ANTWOORDEN WORDT EEN INSCHATTING GEMAAKT OVER DE KENNIS EN RISICO-INSCHATTING VAN DE PATIËNT OVER ZIJN EIGEN SOA-RISICO. DAARNAAST KRIJGEN WE EEN BEELD VAN DE DREMPELS IN DE HUISARTSPRAKTIJK OM OVER SEKSUALITEIT TE SPREKEN BIJ DE GEKOZEN DOELGROEP.

4. RESULTATEN

INZICHT VERKRIJGEN IN DE KENNIS EN RISICO-INSCHATTING VAN DE PATIËNT OMTRENT ZIJN EIGEN SOA-RISICO. DAARNAAST ZULLEN WE EEN BETERE INSCHATTING KUNNEN MAKEN VAN DE DREMPELS BIJ DE PATIËNT OM DIT TOPIC AAN TE HALEN TIJDENS EEN CONSULTATIE BIJ DE HUISARTS.
AAN DE HAND VAN DE BEKOMEN RESULTATEN UIT DE VRAGENLIJST ZULLEN AANGEPASTE INTERVENTIES GEÏMPLEMENTEERD WORDEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK. DIT KAN OP PATIËNTEN- EN ARTSENNIVEAU, ALS OP HET NIVEAU VAN PRAKTIJKORGANISATIE.

5. WINST

DOOR DE DREMPELS OM OVER SOA'S TE SPREKEN BIJ DE PATIËNT BETER IN TE SCHATTEN, KUNNEN WE ALS ARTS HIER GERICHTER OP INSPELEN. BIJ EEN DREMPELVERLAGENDE CONSULTVOERING ZAL ER MEER GESENSIBILISEERD WORDEN, SNELLER RISICOGEDRAG GEDETECTEERD WORDEN EN EEN SNELLER TESTING NAAR SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENING GEBEUREN WAAR NODIG.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☒ DIAGNOSTISCH
- ☐ FYSIOLOGISCH
- ☐ MORFOLOGISCH
- ☐ THERAPEUTISCH
- ☐ FYSIOPATHOLOGISCH
- ☒ EPIDEMIOLOGISCH

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☐ JA
- ☒ NEEN

INDIEN JA

- ☐ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ☐ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN VAN UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

☒ JA
❑ NEEN

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ JA
☒ NEE
ER WORDT VERONDERSTELD DAT ER GEEN ZWANGERSCHAPSWENS IS BIJ DE DOELGROEP

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 50

D. LEEFTIJD : 40-65 JAAR (GEBOORTEJAAR 1951 TEM 1976)

E. GESLACHT : MAN EN VROUW

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?

AT RANDOM, PATIËNTEN TUSSEN 40 EN 65 JAAR DIE BIJ DE HAIO EN PRAKTIJKOPLEIDER OP CONSULTATIE KOMEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK, WORDEN INGELICHT OVER HET LOPENDE PROJECT. HET DOEL VAN DE STUDIE WORDT KORT GEÏNTRODUCEERD, WAARNA ER WORDT GEVRAAGD OF ZIJ AL DAN NIET WENSEN DEEL TE NEMEN. HIERBIJ WORDT OOK EEN SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING VAN DE PATIËNT GEVRAAGD.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

☒ JA
❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

☒ JA
❑ NEEN

MONDELING :

☒?JA
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ?
NIET VAN TOEPASSING

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ?
NEE

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

❑ JA
☒ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
☒ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?
NIET VAN TOEPASSING

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
☒ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

☒ JA
❑ NEEN

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

☒ JA
❑ NEEN

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NEE

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

☒ JA
❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

☒ JA
☐ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

☐ JA
☒ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

☒ WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
☐ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

GEEN

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

☒ JA
☐ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DR JOOS JORGEN

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

☒ JA
☐ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

☒ JA
☐ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? **WACHTDIENST**

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

DOOR DE DREMPELS OM OVER SEKSUALITEIT TE SPREKEN BIJ DE PATIËNT BETER IN TE SCHATTEN, KUNNEN WE ALS ARTS HIER GERICHTER OP INSPELEN. BIJ EEN DREMPELVERLAGENDE CONSULTVOERING ZAL ER MEER GESENSIBILISEERD WORDEN, SNELLER RISICOGEDRAG GEDETECTEERD WORDEN EN EEN SNELLER TESTING NAAR SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENING GEBEUREN WAAR NODIG.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA
☒ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? NIET VAN TOEPASSING

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : NIET VAN TOEPASSING

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? NIET VAN TOEPASSING

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? …

☒ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : NIET VAN TOEPASSING

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE ..... NIET VAN TOEPASSING

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN: NIET VAN TOEPASSING

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES: NIET VAN TOEPASSING

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : NIET VAN TOEPASSING

E. WEEFSELAFNAME : NIET VAN TOEPASSING

F. ANDERE : EENMALIG INVULLEN VAN ***EEN VRAGENLIJST*** OMTRENT KENNIS EN EIGEN RISICO-INSCHATTING VAN SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENINGEN EN DE DREMPELS OM DIT TE BESPREKEN MET DE HUISARTS.

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

☒ NIET VAN TOEPASSING
❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

- ❑ ERELOON:
- ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING	PRAKTIJKOPLEIDER
NAAM : DOSSCHE RIET	NAAM : DR. JOOS JÖRGEN
HANDTEKENING :	HANDTEKENING :

PROMOTOR
NAAM : PROF.DR.AVONTS DIRK
HANDTEKENING:

DIENSTHOOFD VAKGROEG HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT
WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)
NAAM : PROF.DR.DE MAESENEER JAN
HANDTEKENING :

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Mathys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 55 13 +32 (0)9 332 59 28	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0408	30-mrt-16	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Wat met de kennis en eigen risico-inschatting van seksueel overdraagbare aandoeningen bij patiëtnen tussen de 40 en 65 jaar? Wat zijn de drempels om dit te bespreken met de huisarts? (MaNaMa Riet Dossche)

Belgisch Registratienummer: B670201628193

* Adviesaanvraagformulier - versie 1 dd. 8/03/2016 (volledig ontvangen dd. 17/03/2016)
* Patiënteninformatieformulier : informatiebrief patiënt
* Vragenlijsten
* Antwoord onderzoekers ontv. via mail dr. Riet Dossche dd. 23/03/2016 op opmerkingen EC dd. 17/03/2016
* Patiëntentoestemmingsformulier (versie 2) dd. 22/03/2016

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 25/03/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 25/03/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Voorafgaand het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 95 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 25/03/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 25/03/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 95 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 68
sandra.depaepe@uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 26	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0406	30-mrt-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0406

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

12.2 Informatiebrief patiënt

Onderzoek: Wat met de kennis en eigen risico-inschatting van seksueel overdraagbare aandoeningen bij 40-65 jarigen en drempels om dit te bespreken met de huisarts?

Beste,

Graag willen we u uitnodigen om deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek dat zal plaatsvinden in onze praktijk tussen 1 juni 2016 en 31 november 2016. Dit onderzoek kadert in de masterthesis van Dr. Riet Dossche.

Alle patiënten tussen 40 en 65 jaar komen in aanmerking om deel te nemen.

Alvorens uw toestemming te verlenen, is het belangrijk meer te weten omtrent dit onderzoek. Indien u na het lezen van deze info nog vragen heeft, kan u zich wenden tot Dr. Riet Dossche en/of Dr. Jörgen Joos.

Wat is het doel van het onderzoek?

Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) komen het meest frequent voor bij jongeren tussen de 15 en 35 jaar. Elke sensibiliseringscampagne is dan ook gericht op deze leeftijdscategorie. De laatste jaren zien we een steeds toenemend aantal soa's in oudere leeftijdscategorieën. Er is echter weinig geweten over de kennis en de eigen risico-inschatting op soa's bij deze patiënten.

We zijn ons als arts bewust dat spreken over soa's een intiem en vaak moeilijk onderwerp is. Het is niet voor de hand liggend om hierover een gesprek aan te gaan. Misschien zit u wel met bepaalde vragen omtrent dit thema, maar kwamen deze nog nooit aan bod tijdens een consultatie? Misschien ervaart u een drempel om dit onderwerp aan te kaarten? Misschien ook helemaal niet.

Verschillende onderzoeken tonen aan dat de patiënt de huisarts ziet als de meest geschikte hulpverlener om te spreken over seksualiteit en soa's, maar de patiënt zal zelden zelf het thema aanhalen. Hierbij stellen wij ons de vraag: Hoe komt dit?

Graag willen wij, aan de hand van een *korte vragenlijst*, peilen naar uw *kennisinschatting van seksuele overdraagbare aandoeningen (soa's).* Daarnaast willen we graag inzicht krijgen in *uw ideeën en mogelijkse ervaring om dit onderwerp op een consultatie te bespreken*.

Mogelijks bent u getrouwd, in een vaste relatie of alleenstaand. U heeft misschien al vaker, of juist nog nooit een vraag of bezorgdheid gehad over seksueel overdraagbare aandoeningen. In elke situatie is *uw mening interessant en van belang* om de drempels om over soa's te spreken in onze praktijk in kaart te brengen.

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd en wat wordt er van u verwacht?

1. U kan de bijgevoegde *vragenlijst* op *papier* of *online* invullen. Dit zal *maximaal 10 minuten* van uw tijd in beslag nemen.

2. Het is noodzakelijk ons het bijgevoegde *toestemmingsformulier ondertekend* terug te bezorgen.
3. De papieren vragenlijst kan u *onder gesloten omslag* in de brievenbus van onze praktijk steken of afgeven in het secretariaat. Het online-formulier wordt automatisch teruggezonden.

Belangrijk: Het toestemmingsformulier en de gesloten omslag worden losstaand van elkaar ingezameld, om de anonimiteit te waarborgen. Op de vragenlijst dient u nergens een identificatie op te geven.

Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

Deelname is niet verplicht en weigeren zal op geen enkele wijze uw zorg beïnvloeden. U hoeft geen reden te geven waarom u niet deelneemt. U moet in dit geval niets doen.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Uw gegevens zijn *strikt vertrouwelijk* en worden niet doorgegeven aan derden. Deze worden enkel gebruikt in de masterthesis van dr. Dossche Riet.

Dr. Joos en Dr.Dossche hoeven niet ingelicht te worden of u al dan niet deelneemt. Ook bij de online-vragenlijst worden wij hiervan niet op de hoogte gesteld.

Wilt u verder nog iets weten?

Voor verdere vragen kan u steeds terecht bij Dr. Joos of Dr.Dossche. Dit kan persoonlijk in de praktijk (Brugse steenweg 2B) of telefonisch (03/377.25.63).

Wij danken u alvast voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,

Dr.Riet Dossche
Dr.Jörgen Joos

12.3 Toestemmingsformulier

Betreft het onderzoek:

Wat met de kennis en eigen risico-inschatting van seksueel overdraagbare aandoeningen bij 40-65 jarigen en drempels om dit te bespreken met de huisarts?

Ik, _____ heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" van pagina 1 tot en met 2 gelezen en er een kopij van gekregen. Ik stem in met de inhoud van het document en ben bereid deel te nemen aan deze studie.

Ik heb een kopij gekregen van dit ondertekende en gedateerde formulier voor "Toestemmingsformulier". Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, en de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie, en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen, ook op medische vragen.

Ik mag me op elk ogenblik uit de studie terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere relatie met de onderzoeker.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Ik begrijp dat auditors, vertegenwoordigers van de opdrachtgever, de Commissie voor Medische Ethiek of bevoegde overheden, mijn gegevens mogelijk willen inspecteren om de verzamelde informatie te controleren. Door dit document te ondertekenen, geef ik toestemming voor deze controle. Bovendien ben ik op de hoogte dat bepaalde gegevens doorgegeven worden aan de opdrachtgever. Ik geef hiervoor mijn toestemming, zelfs indien dit betekent dat mijn gegevens doorgegeven worden aan een land buiten de Europese Unie.

Ten alle tijden zal mijn privacy gerespecteerd worden. Ik ben bereid op vrijwillige basis deel te nemen aan deze studie.

Naam proefpersoon:

Handtekening:

Datum : __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek, door middel van mondelinge informatie, aangevuld met een kopie van het informatie- en toestemmingsformulier, en dat ik geen druk op de proefpersoon heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen.

De vrijwilliger stemde toe om deel te nemen door zijn/haar persoonlijk gedateerde handtekening te plaatsen.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening:

Datum: __ / __ / __

12.4 Vragenlijst

Beste,

Alvorens deze vragenlijst in te vullen wil ik u nogmaals bedanken voor uw deelname. Seksualiteit blijft één van de intiemste onderwerpen van onze gezondheid. Het is dan ook niet vanzelfsprekend om erover te spreken, zelfs niet op consultatie bij uw eigen huisarts. Wij zijn ons bewust van deze drempel en willen, aan de hand van de volgende vragen en stellingen graag een paar problemen omtrent zo'n gesprek in kaart brengen. Zo hopen we in de toekomst onze praktijkvoering omtrent de aanpak van seksuele problemen en seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) waar mogelijk voor u toegankelijker te maken. Wij garanderen u een strikte anonimiteit bij het verwerken van deze gegevens. U hoeft nergens in deze vragenlijst iets van identificatie op te geven.

Alvast bedankt voor uw tijd en antwoorden.

1. Geslacht
   - o Man
   - o Vrouw
   - o Andere

2. Wat is uw geboortejaar ? ……

3. Seksuele voorkeur
   - o Heteroseksueel
   - o Homoseksueel
   - o Biseksueel

4. Beschrijf uw huidige partnerrelatie
   (getrouwd, in een relatie, alleenstaand, etc.)

   ……..

5. Beschrijf uw huidige samenlevingsvorm
   (samenwonend met partner, alleenwonend, samenlevend in het weekend, etc.)

   ……..

6. Stelling: Het onderwerp seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) is al eens aan bod gekomen tijdens een consultatie met mijn huisarts:

   - o Nee
   - o Ja, op initiatief van de huisarts
   - o Ja, op mijn initiatief

   Indien nee:

   Stelling: Ik zou graag willen dat mijn huisarts zelf het onderwerp aankaart.
   - o Ja

- Nee

Stelling: Ik zou het vreemd vinden als mijn huisarts het onderwerp aankaart.

- Ja
- Nee

7. Als u een vraag zou hebben omtrent **screening** op seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's), wie zou u consulteren?
   - Huisarts
   - Gynaecoloog
   - Uroloog
   - Andere

8. Als u een **medische klacht** zou hebben die op een SOA zou kunnen wijzen, wie zou u consulteren?
   - Huisarts
   - Gynaecoloog
   - Uroloog
   - Andere

9. Zou u met een vraag omtrent **screening** op SOA's het liefst geholpen worden door een mannelijke of vrouwelijk arts
   - Man
   - Vrouw
   - Maakt niet uit

10. Zou u met een **medische klacht** die op een SOA zou kunnen wijzen het liefst geholpen worden door een mannelijke of vrouwelijk arts
    - Man
    - Vrouw
    - Maakt niet uit

11. Zou u met een vraag voor SOA-**screening** het liefst geholpen worden door:
    - Jonge arts (< 40 jaar)
    - Arts van dezelfde leeftijd
    - Oudere arts
    - Maakt niet uit

12. Zou u uw huisarts **raadplegen** met een vraag omtrent seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's)? (meerdere antwoorden mogelijk)

    - De huisarts is de eerste arts waarbij ik met een gezondheidsprobleem aanklop, ook als het zou gaan over een vraag rond SOA's.

- De huisarts is de eerste arts waarbij ik met een gezondheidsprobleem aanklop, maar ik zou mij oncomfortabel voelen om hem/haar een vraag te stellen over SOA's, hiervoor ga ik liever bij een specialist.
- De huisarts is de eerste arts waarbij ik met een gezondheidsprobleem aanklop, maar hij/zij heeft onvoldoende kennis en ervaring met SOA's, hiervoor ga ik liever bij een specialist
- Ik wens met geen enkele arts te spreken over SOA's, noch huisarts noch specialist.

13. Wat zouden voor u **mogelijke barrières** zijn om bij de huisarts langs te gaan met een vraag naar SOA-screening of een SOA-gerelateerde klacht? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

    - Voor mij is er geen barrière om hierover te spreken.
    - Ik ervaar schaamte om over SOA's te spreken.
    - De huisarts verwacht niet dat ik met zo'n vragen naar hem /haar toestap.
    - Praten over SOA's hoort niet meer op mijn leeftijd
    - Er is onvoldoende tijd tijdens een consultatie om dit te bespreken.
    - De huisarts heeft hier onvoldoende kennis over

14. Bent u het voorbije jaar bij een arts geweest met een duidelijke vraag naar SOA-screening?
    - Ja
    - Nee

    Indien ja, aan wie stelde u deze vraag?

    - Aan de huisarts
    - Aan de gynaecoloog/uroloog
    - Andere: ….

    Wat was de reden voor de vraag naar SOA-screening?

    - Wegens medische klachten die op een SOA zouden kunnen wijzen
    - Screening wegens bezorgdheid.

15. Stelling: Bij het aangaan van een nieuwe seksuele relatie loop ik risico op een seksueel overdraagbare aandoening (SOA's).
    (1 =oneens, 10 = eens)
    - 1
    - 2
    - 3
    - 4
    - 5
    - 6
    - 7
    - 8
    - 9
    - 10

16. Stelling: Personen ouder dan 40 jaar hoeven zich niet te laten screenen op SOA's bij het aangaan van een nieuwe seksuele relatie want seksueel overdraagbare aandoeningen komen niet voor bij personen ouder dan 40 jaar.
(1 =oneens, 10 = eens)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

17. Stelling: Personen ouder dan 40 jaar in een nieuwe seksuele relatie hoeven geen voorbehoedsmiddel te gebruiken (bv.condoom)
(1 =oneens, 10 = eens)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

18. Stelling: Als je reeds een SOA hebt gehad in het verleden en hiervoor behandeld werd, loop je geen risico op een (her)besmetting.
(1 =oneens, 10 = eens)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

19. Stelling: Ik schat mijn kennis over risico op seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) en veilig seksueel gedrag als volgt in:
    (1 = zeer slecht, 10 = zeer goed)
    - 1
    - 2
    - 3
    - 4
    - 5
    - 6
    - 7
    - 8
    - 9
    - 10

20. Heeft u het voorbije jaar seksueel contact gehad met een nieuwe partner?
    - Ja
    - Nee

    Indien ja, dit betreft :

    - Een nieuwe vaste partner
    - Sporadisch contact
    - Frequent wisselende contacten (> 2 wisselende contacten/jaar)

Einde

Bedankt voor uw deelname! Uw mening zal ons zeker vooruithelpen!

Voor verdere vragen kan u steeds terecht bij Dr.Joos of Dr.Dossche. Aarzel niet om ons hierover aan te spreken.

Met vriendelijk groeten,

Dr.Riet Dossche

Dr.Jörgen Joos