EEN RISICO-STRATIFICATIE VOOR CHLAMYDIA-SCREENING BIJ 18-35 JARIGE VROUWEN

Dr. Souffriau Nele, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Avonts Dirk, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. De Munter Greet

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract: “Een risico-stratificatie voor chlamydiascreening bij 18-35 jarige vrouwen

HAIO: Dr. Nele Souffriau
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts, Gastprofessor UGent; faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen. Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg
Co-promotor. Dr. Greet De Munter, praktijkopleider Doktersmolenpad
Praktijkopleider: Dr. Greet De Munter

Chlamydia trachomatis is de meest voorkomende SOA binnen Vlaanderen en België. Ondanks het frequente asymptomatische verloop, kan chlamydia een ontsteking in het kleine bekken (PID) veroorzaken met op lange termijn complicaties zoals infertiliteit en buitenbaarmoederlijke zwangerschap. De Domus Medica richtlijn raadt bij alle vrouwen jonger dan 35 opportunistische screening aan (het screenen door een clinicus in een door hem vooraf bepaalde patiëntengroep). Ook het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) ijvert voor het versterken van de rol van huisartsen in de SOA screening. Toch wordt binnen de opleidingspraktijk nog niet aan opportunistische screening gedaan.

Onderzoeksvraag
Is een zelfanalyse van het risico op een chlamydia-infectie een haalbare strategie tot opportunistische screening?

Methode
Alle vrouwen tussen 18 en 35 jaar, die consulteren voor eender welk gezondheidsprobleem in de periode van 10/10/2016 en 30/11/2016, worden uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Wie toestemt krijgt een folder met uitleg omtrent chlamydia, waarna ze een vragenlijst invullen om zelf hun risico te berekenen. Bij een verhoogd risico kunnen ze zelf een vaginale wisser afnemen. Deze wordt ingeleverd voor onderzoek in het klinisch labo. Een tiental deelnemers worden nadien opgebeld voor hun mening omtrent dit onderzoek.

Resultaat
In totaal stelden we aan 40 patiënten een deelname voor, waarvan niemand weigerde. Twaalf personen hadden een verhoogd risico, waarvan 10 personen een vaginale wisser bij zich afnamen. Één persoon werd gediagnosticeerd met chlamydia en hiervoor behandeld. De enquête maakte duidelijk dat deze aanpak van zelfanalyse als zinvol en taboedoorbrekend werd ervaren.

Conclusie
Zelfanalyse van het risico op een chlamydia-infectie via een informatieve vragenlijst is een veelbelovende strategie om aan opportunistische screening te doen. Het heeft een zeer goede acceptatie door de patiënt en is weinig tijdrovend voor de huisarts.

Voorwoord

“Je hoeft geen slet zijn, om een SOA te krijgen!”. Met deze zin van een affiche van Sensoa, kwam ik op het idee om rond SOA’s een praktijkverbeterproject uit te werken. Na wat zoeken, vond ik uiteindelijk mijn huidig onderwerp. Ik had van tevoren nooit gedacht dat ik dit onderzoek zo interessant zou vinden. Zowel het uitwerken van het protocol, als het uitvoeren en verwerken van het praktijkverbeterproject; heb ik met veel plezier en interesse gedaan. Ik ben dan ook tevreden en fier op het resultaat en ik hoop dat u, beste lezer, tijdens het lezen er evenveel plezier aan zal beleven, als ik tijdens het uitvoeren.

Graag wou ik van deze gelegenheid gebruik maken om nog enkele mensen te bedanken. Ten eerste Professor Dr. Dirk Avonts voor mij te begeleiden in deze masterproef. Vanaf het zoeken en afbakenen van het onderwerp, tot de laatste aanpassingen aan de masterproef, was hij steeds bereid om mij bij te sturen waar nodig en mij uit te dagen in een breder kader te denken. Alvast mijn oprechte dank hiervoor.

Daarnaast zou ik mijn praktijkopleider en tevens ook co-promotor, Dr. Greet De Munter, willen bedanken voor haar enthousiaste medewerking aan dit onderzoek en het veelvuldig herlezen van de masterproef. Ook mijn vriend, Sebastian Redant, wil ik bij deze bedanken om mij telkens te motiveren op momenten dat het even minder ging. Daarnaast wil ik ook mijn mama, Lutgarde Tas, bedanken voor het herlezen van de masterproef. Tot slot wil ik nog alle patiënten bedanken voor hun bereidwillige en enthousiaste medewerking aan het onderzoek.

Inhoudsopgave

1 Inleiding 1
1.1 Chlamydia trachomatis: algemene informatie 2
1.1.1 Wat is Chlamydia trachomatis? 2
1.1.2 Epidemiologie 3
1.1.2.1 Methode van verzameling gegevens voor België en Vlaanderen 3
1.1.2.2 Gegevens binnen België 3
1.1.2.3 Gegevens voor Vlaanderen 4
1.1.2.4 Gegevens voor Europa 5
1.1.3 Symptomen bij vrouwen 6
1.1.4 Diagnose 7
1.1.5 Behandeling 7
2 Screening van Chlamydia trachomatis: stand van zaken 8
2.1 Methodologie 8
2.2 Wat is preventie? 8
2.3 Screenmethode binnen de secundaire preventie 8
2.4 Wetenschappelijk achtergrond van screening 9
2.4.1 Gezondheidsvoordelen screening 9
2.4.2 Nadelen screening 11
2.5 In onze praktijk 11
2.6 In de algemene eerstelijns zorg 12
2.7 Richtlijnen omtrent screening 13
2.7.1 Domus Medica 13
2.7.2 Europese richtlijnen 13
2.7.3 Amerikaanse richtlijnen 13
2.7.4 Wereldwijd 14
3 Praktijkverbeterproject 15
3.1 Doel 15
3.2 Studie-opzet 15
3.3 Keuze van de vragenlijst 17
3.4 Resultaten 19
3.4.1 Deelname aan onderzoek 19
3.4.2 Verhoogd risico 21
3.4.3 Totaal aantal patiënten op consultatie 22
3.4.4 Vragen bij het invullen van de vragenlijst 22
3.4.4.1 Vragen voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst 22
3.4.4.2 Vragen na het invullen van de vragenlijst 23

3.4.5 Enquête 23
3.4.5.1 Folder 23
3.4.5.2 Vragenlijst en risicoberekening 24
3.4.5.3 Ervaring bij niet-verhoogd risico 24
3.4.5.4 Ervaring bij verhoogd risico 24
3.4.5.5 Ervaring bij de uitleg en het zelf uitvoeren van de vaginale afname via een wisser. 25
3.4.5.6 Inlichten van het resultaat 25
3.4.5.7 Behandeling en partnerwaarschuwing 25
3.4.5.8 Mening omtrent het onderzoek en jaarlijkse risicoanalyse 26
4 Discussie 27
4.1 Algemene bemerkingen 27
4.2 Opportunistisch versus systematisch screenen 28
4.3 Sterktes en zwaktes van het praktijkverbeterproject 29
4.4 Wat te doen met zwangere vrouwen? 31
5 Conclusie 32
6 Referentie 33
7 Bijlagen 35

1 Inleiding

Chlamydia is de meest voorkomende SOA in België en Vlaanderen zowel bij mannen als bij vrouwen. De infectie komt bij vrouwen ongeveer 2 maal zo vaak voor ten opzichte van mannen. In het laatste rapport van het Wetenschappelijk Instituut van Volksgezondheid (WIV) ziet men respectievelijk voor België en Vlaanderen een gemiddelde incidentie van de gehele populatie van 69,9 en 70,5 per 100.000 vrouwen per jaar. Dit is voor Vlaanderen ongeveer een zevenvoud van de incidentie bij vrouwen in 2002, wat wijst op een sterk stijgende infectietrend. (1)

Bij 70 tot 80 procent van de vrouwen is er een infectie aanwezig zonder enige klachten, men spreekt hier van een asymptomatisch verloop. Een persisterende genitale infectie met Chlamydia trachomatis kan opklimmen naar baarmoeder en eileiders en op lange termijn complicaties geven als onvruchtbaarheid (3% van de geïnfecteerde vrouwen) en extra-uteriene zwangerschap. Daarenboven geeft een persisterende (asymptomatische) genitale Chlamydia-infectie een groter risico op HIV-infectie en andere SOA's. Specifiek voor zwangere vrouwen is er een grotere kans op zwangerschapscomplicaties als vroeggeboorte, PROM (premature rupture of membranes) en laag geboortegewicht. Bij mannen geeft Chlamydia in minder dan 50% klachten als dysurie, uretritis, urethrale afscheiding, epididymitis en pijn aan de testes. Complicaties als epididymitis en epididymo-orchitis, worden bij een minderheid van de geïnfecteerde mannen beschreven en er bestaat geen sterk bewijs dat Chlamydia Trachomatis bij mannen infertiliteit kan veroorzaken. (2)

Men kan Chlamydia dus als een belangrijk gezondheidsprobleem beschouwen, zeker voor vrouwen wegens de hoge incidentiecijfers en het risico op complicaties als infertiliteit en zwangerschapscomplicaties. Preventie bij vrouwen lijkt dan ook aangewezen. Primaire preventie is het voorkomen van een besmetting. Dat kan bijvoorbeeld door gebruik van condoom (voor man of vrouw), een monogame relatie of onthouding van intieme relaties. Daarnaast kan men ook aan secundaire preventie doen opdat asymptomatische vrouwen gedetecteerd en behandeld worden om boven genoemde complicaties te vermijden. Dit kan men uitvoeren via bevolkingsscreeningsprogramma waarbij een instelling, bijvoorbeeld de overheid, bij een op voorhand vastgestelde populatie, bijvoorbeeld personen geselecteerd via bevolkingsregisters, zal voorstellen om aan bepaalde screenmethode deel te nemen. Daarnaast kan met ook specifiek op zoek gaan naar mensen waarbij men vermoedt dat ze blootgesteld zijn aan een infectie, wat men case-finding noemt. Men kan ook aan opportunistische screening doen waarbij een clinicus contact legt met een vooraf bepaalde groep asymptomatische personen. (3)

Sinds een tiental jaar kan men Chlamydia trachomatis opsporen aan de hand van eerste-straals-urine of op zelf-afgenomen vaginale wissers, via de nucleotide amplificatietest met goede sensitiviteit en specificiteit. De Belgische Domus Medica richtlijn raadt aan om opportunistisch te screenen bij (asymptomatische) vrouwen jonger dan 35 jaar met een nieuwe partner in de laatste 6 maanden of meer dan 1 partner in het laatste jaar; alsook bij zwangere vrouwen met een geplande zwangerschapsonderbreking. (4) Daarnaast wordt er in het verslag van het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV) van 2013 enkele aanbevelingen gemaakt naar de toekomst. Men raadt

huisartsen en gynaecologen aan om vaker opportunistisch te screenen naar Chlamydia bij vermoeden van risicogedrag bij de patiënt of diens partner. Ook pleit het WIV voor het versterken van de rol van huisartsen voor de SOA screening, wegens het lage aantal gediagnosticeerde SOA infecties door de huisarts. Er wordt verder gepleit voor een risico-beoordelingsinstrument met SOA-screeningsrichtlijnen en voor opleidingen rond het opportunistisch screenen bij huisartsen en gynaecologen. (5)

Ondanks deze aanbevelingen, wordt er in mijn opleidingspraktijk nog niet opportunistisch gescreend. Wereldwijd slaagt men via opportunistische screening in de eerste lijn, er niet in een hoge dekkingsgraad te garanderen bij personen die consulteren voor niet-seksuele gezondheidsproblemen. Enerzijds kan dit veroorzaakt worden door barrières die de huisarts aanvoelt omwille van het gebrek aan kennis, angst om de patiënt te schofferen, tijdsgebrek, gebrek aan herinnering en moeilijke partnerwaarschuwing. Anderzijds kan voor patiënten de angst om veroordeeld te worden en een gebrekkige kennis een mogelijke oorzaak zijn. (6, 7)

Men kan zich dan ook afvragen hoe men deze opportunistische screening in de eerste lijn beter kan laten verlopen. Uit voorafgaande masterproef bleek dat het ophangen van een poster, een oproepbrief of case-finding slechts een kleine bijdrage deden aan het aantal gescreende patiënten. Een efficiëntere manier voor screening is dan ook aan de orde. (8)

In deze masterproef wordt dan ook gefocust op een nieuwe manier om patiënten uit te nodigen om deel te nemen aan de chlamydiascreening, namelijk via zelfanalyse van het risico op een besmetting via het meegeven van een informatieve folder en vragenlijst, waarbij de patiënten zelf hun risico kunnen berekenen; met als doel om bovenstaande barrières te vermijden. We verwachten dat een folder meegeven minder tijdsintensief is dan als arts zelf een risicoanalyse te maken. Ook kunnen we verwachten dat de folder de barrière kleiner maakt om als arts en als patiënt over seksueel gedrag te praten. Ons uiteindelijk doel van deze studie is nagaan of een zelf in te vullen risicoanalyse een haalbare strategie is binnen de huisartspraktijk om aan opportunistische screening te doen.

1.1 Chlamydia trachomatis: algemene informatie

1.1.1 Wat is Chlamydia trachomatis?

Chlamydia trachomatis is een intracellulaire bacterie waar naar schatting wereldwijd 100 miljoen personen jaarlijks mee geïnfecteerd worden. De meerderheid van deze personen is zich niet bewust van een infectie aangezien het beloop voornamelijk asymptomatisch is. (4) Chlamydia trachomatis behoort tot de familie Chlamydiaceae (orde Chlamydiales, phylum Chlamydiae). Deze familie bevat belangrijke obligaat intracellulaire bacteriële pathogenen voor zowel mens als dier. Chlamydiae is het oudste phylum van de obligate intracellulaire bacteriën en ook één van de meest succesvolle. Er worden algemeen negen organismen van de familie aanvaard, waarvan Chlamydia trachomatis er één van is. (9) Chlamydia trachomatis wordt verder onderverdeeld in 15 serotypes. Serotype D tot en met K zijn geassocieerd met infectie van de urogenitale tractus en conjunctivitis. Dit is de meest frequente SOA in de OESO-landen en in deze masterproef wordt enkel gesproken over deze types. (10)

De overdracht van Chlamydia trachomatis verloopt via direct slijmvliescontact. Dit gebeurt bij seksuele betrekkingen (vaginale, anale of orale seks) en bij geboorte via passage door een besmet geboortekanaal. Exacte cijfers omtrent het risico op besmetting bestaan er niet, maar er bestaan schattingen via dynamische wiskundige modellen, waarbij men een gemiddelde besmettingskans van +/- 10% bij een eenmalige vaginale betrekking voorspelt. Deze kans vergroot naar ongeveer 55% bij personen met een huidige seksuele relatie, waarvan één van beide partners het laatste half jaar twee seksuele relaties heeft gehad. (4) De kans op besmetting is groter van man naar vrouw met een geschatte incubatieduur van 7 tot 21 dagen. (11) Seksuele partners van geïnfecteerde personen hebben een grote kans op mede-infectie dus partnerinlichting en correcte behandeling is zeer belangrijk. (4)

1.1.2 Epidemiologie

1.1.2.1 Methode van verzameling gegevens voor België en Vlaanderen

In België worden de epidemiologische gegevens voornamelijk verworven via peillaboratoria. Dit is een netwerk van laboratoria voor microbiologie, opgericht in 1983 door het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV). Deze peillaboratoria geven wekelijks vrijwillig informatie door van de positieve casussen. Met deze informatie wordt de epidemiologische evolutie van bepaalde infectieziekten waaronder ook SOA's vastgesteld. Sinds het begin worden de gegevens van Chlamydia trachomatis bijgehouden. (12) De laatste jaren ziet men een constante deelnamegraad van peillaboratoria van ongeveer 50 procent voor Chlamydia trachomatis, gelijk verdeeld over geheel België. Waardoor men ervan uit kan gaan dat deze cijfers representatief voor de huidige situatie zijn. (13) In 2015 gaven 51 van de 83 peillaboratoria chlamydiagevallen door. (1)

Voor bepaalde infectieziekten bestaat er daarnaast ook een meldingsplicht vanuit respectievelijk de Vlaamse, Brusselse en Waalse Gemeenschap. Hierbij zijn de behandelende artsen verplicht klinische informatie te verschaffen. (12) Dit geldt echter niet voor Chlamydia trachomatis. (14)

Daarnaast bestaat er sinds 2000 een peilnetwerk van clinici voor de surveillance van SOA's. Gynaecologen, dermatologen, huisartsen, internisten, urologen, centra voor seksuele voorlichting en familiale planning, soa-klinieken en medische studentencentra registreren op vrijwillige basis elke nieuwe episode van één of meerdere SOA's, zo ook voor Chlamydia trachomatis. (5)

In het SOA-peilnetwerk van clinici waren de huisartsen ondervertegenwoordigd. Daarom werden in 2013 de Huisartsenpeilpraktijken geïntegreerd, die vanaf dan elke nieuwe bevestigde diagnose van Chlamydia trachomatis en enkele ander SOA's registreren. (5)

De RIZIV-gegevens kan men ook raadplegen om het aantal uitgevoerde tests en de testintensiteit te bekijken. (1, 5, 14)

1.1.2.2 Gegevens binnen België

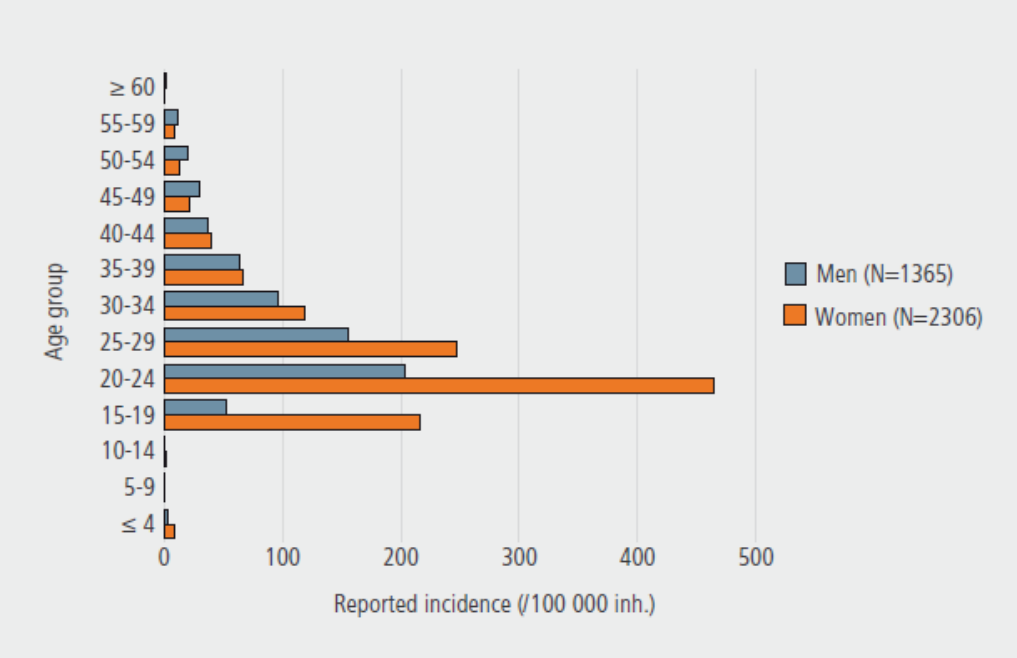
In het laatste rapport van het WIV waarbij men de cijfers analyseert van 2002 tot en met 2015, ziet men dat chlamydia de meest voorkomende SOA binnen België is. Men bemerkt een algemene stijging van incidentie van 2002 naar 2015. De incidentie is groter bij vrouwen dan bij mannen, respectievelijk 69,9 en 36,1 per 100 000 personen, maar in beide groepen nam de incidentie over de jaren toe. De incidentie

steeg bij vrouwen van 14,9/100 000 inwoners in 2002 naar 69,9/100 000 inwoners in 2015. De incidentie is het hoogst in de leeftijdscategorie van 20- tot 24-jarigen (426,3 per 100 000 vrouwen). In de leeftijdsklasse 15 tot 19 jaar en 25 tot 29 jaar meldt men respectievelijk een incidentie 214,5 en 247,3 per 100 000 vrouwen. Op de vierde plaats met een incidentie van 113,3/100 000 vrouwen komen de 30- tot 34-jarigen vrouwen. Daarna zakt de incidentie per leeftijdsgroep verder. (1)

1.1.2.3 Gegevens voor Vlaanderen

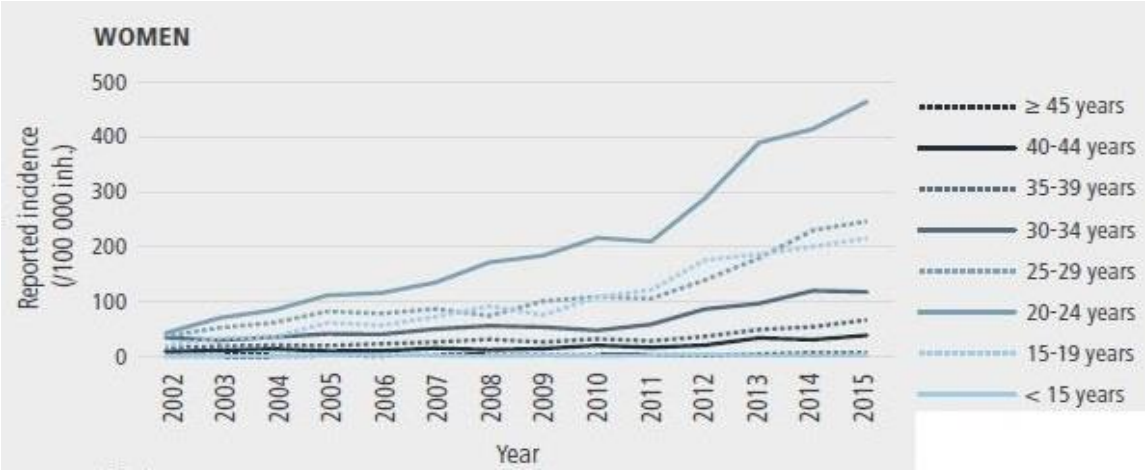
Gelijkaardige bevindingen ziet men binnen Vlaanderen, waarbij chlamydia ook de meest voorkomende SOA is, met een incidentie bij vrouwen in 2015 van 70,5 per 100 000 personen en bij mannen een incidentie van 42,8 per 100 000 mannen. Ook is er een gelijkaardige verdeling van leeftijdsspecifieke incidentie, met 15- tot en met 29-jarigen als groep met het meeste positieve gevallen. De 15- tot en met 19-jarigen hebben een incidentie van 215,8 per 100 000 vrouwen. De 20- tot en met 24-jarigen hebben een incidentie van 464,8 per 100 000 vrouwen. De 25- tot en met 29-jarigen hebben een incidentie van 246,7 per 100 000 vrouwen. Daarna volgen de 30- tot 34-jarigen, met een incidentie van 118,2 per 100 000 vrouwen. (1) Dit is een gemiddelde incidentie binnen de leeftijdsgroep 15-tot en met 34-jarigen van 261,4 per 100 000 vrouwen.

Figuur 1: Trend van de gerapporteerde leeftijdsspecifieke incidentie (/100 000 inw.) voor chlamydia, per geslacht, Vlaanderen, 2002-2015 (1)



Ook ziet men een gelijkaardige stijgende trend van de incidentie in vergelijking met 2002, met een ongeveer zevenvoudige stijging. De algemene incidentie in 2002 bedroeg 11,1 per 100 000 vrouwen naar een incidentie van 70,7 per 100 000 vrouwen. Zoals men in onderstaande figuur kan bemerken is de stijging in algemene incidentie vooral te wijten aan de sterke stijging van de 20- tot 24-jarigen en in mindere mate de 15- tot 19-jarigen en 25- tot 29-jarigen. (1)

Figuur 2: Trend van de gerapporteerde leeftijdsspecifieke incidentie (/100 000 inw.) voor chlamydia, per geslacht, Vlaanderen, 2002-2015 (1)



Men kan zich afvragen of deze stijgende incidentie te maken heeft met een echte verhoogd voorkomen van chlamydia of dat dit komt door een verhoogde testintensiteit of door een betere identificatie van de doelgroep. In de studie van het WIV van 2013 ziet men binnen Vlaanderen een grotere toename van gerapporteerde incidentie dan van de testintensiteit, wat concreet betekent dat het om een toenemende reële incidentie gaat en/of een betere afbakening van de doelgroep. Bij vrouwen wordt 99% van alle SOA's door heteroseksueel contact overgedragen. (5)

Specifieke gegevens omtrent de prevalentie binnen België en/of Vlaanderen, zijn helaas tot nog toe niet beschreven.

1.1.2.4 Gegevens voor Europa

Chlamydia blijft de meest frequent gerapporteerde SOA binnen Europa. In 2013 rapporteerde men 385.555 nieuwe chlamydia-infecties in de 26 Europese lidstaten. (3) Nationale cijfers rond gediagnosticeerde chlamydia-infectie hebben een zeer wijde variatie zelfs binnen Europa, met name van minder dan 1 per 100 000 tot 600 per 100 000 personen. In het rapport van ECDC, zijn de cijfers gebaseerd op melding van de klinische gevallen. Hierdoor zijn de gerapporteerde cijfers sterk afhankelijk van de opgestelde screeningsprogramma's. Men ziet vooral een hoge prevalentie van chlamydia-infectie in landen met geïmplementeerde of piloot screeningsprogramma's (zoals het Verenigd Koninkrijk) en in landen met richtlijnen omtrent een frequentere routine test in de dagdagelijkse praktijk. Dit zorgt voor hoge aantallen gerapporteerde gevallen in West- en Noord-Europa. De lage aantallen in Oost- en Centraal-Europa worden verklaard door privatisering van de gezondheidszorg en een gebrek aan effectieve nationale richtlijnen, accurate diagnostische technieken (sommige landen beschikken niet over NAAT-technologie) en rapporteringsstrategie. Echt goede cijfers voor een veralgemeend Europees gemiddelde te bepalen zijn deze bijgevolg niet. Doch berekenende de auteurs de veralgemeende prevalentie voor Europa. Dit komt op een gemiddelde besmetting van 184 per 100.000 personen. (3)

Desondanks kan men wel algemene trends vanuit deze studie afleiden, die gelijkaardig zijn aan de trends binnen België en Vlaanderen. Twee derde van de gerapporteerde chlamydia-infecties valt voor in de

groep van de 15- tot 24-jarigen, met de meest gerapporteerde infecties bij vrouwen tussen 20 en 24 jaar (goed voor 1684 gevallen per 100 000 personen). In vergelijking met het rapport uit 2003 ziet men in alle landen een duidelijke stijging van gerapporteerde chlamydia-infecties. Ook waren vrouwen vaker dan mannen besmet, respectievelijk 211 infecties per 100 000 vrouwen en 153 infecties per 100 000 mannen. Ook werd 88% van de chlamydia-infecties via heteroseksueel contact overgedragen. (3)

In de meta-analyse van Redmond et al. berekende men het gemiddelde van chlamydiaprevalentie bij vrouwen uit Europese en andere hoge inkomenslanden. Men zag een variatie aan prevalentie tussen 3,0 en 5,3%, met een gewogen gemiddelde van 3,6%. (15)

1.1.3 Symptomen bij vrouwen

Zeventig tot 95% van de chlamydia-infecties bij vrouwen verloopt asymptomatisch. (4) Molano et al. volgde 82 vrouwen besmet met Chlamydia trachomatis op, die geen andere symptomen vertoonde. Ongeveer 54% van de infecties waren na een jaar verdwenen. Twee jaar later waren nog 18% van de infecties aanwezig. Na vier jaar waren nog 6% van de vrouwen besmet. Na deze termijn was het onmogelijk om verdere berekeningen op deze cijfers uit te voeren. (16) Men kan dus hieruit twee zaken concluderen, namelijk enerzijds dat chlamydia-infectie door het eigen lichaam kan opgeruimd worden en anderzijds dat een huidig gevonden infectie niet gelijk is aan een recente besmetting aangezien een onbehandelde infectie een langere termijn kan verder bestaan. (17).

Een asymptomatische chlamydia-infectie die een gehele tijd bestaat, kan resulteren in het opklimmen van de bacterie naar de cervix en uterus en verder naar de hoger gelegen genitale structuren, wat resulteert in complicaties als pelvic inflammatory disease (PID), dat op zijn beurt resulteert in ectopische zwangerschap, infertiliteit door tuba-dysfunctie en chronische onderbuikspijn. (4) (17) Het Fitz-Hugh-Curtis syndroom is een combinatie van PID met perihepatitis. Het komt bij 4 tot 14% van de vrouwen met PID voor, maar wordt bij adolescenten met immature genitale tractus vaker beschreven (tot bij 27% van de gevallen). (18) Het CDC vermeldt in zijn laatste algemene rapport rond seksueel overdraagbare aandoeningen dat de diagnose PID zeer moeilijk te stellen is en vaak gemist wordt. Vele vrouwen met PID hebben subtiele, aspecifieke of geen symptomen. Desondanks kunnen deze milde klachten ook leiden tot infertiliteit. (19)

Er is zeer weinig geweten omtrent het aantal chlamydia-infecties die zullen evolueren tot een PID. Uit de wiskundige statische modellen veronderstelt men dat gemiddeld 22% van de chlamydia-infecties evolueert naar een PID, maar verder onderzoek is hiernaar nodig. (20) Er is wel een sterke evidentie dat vrouwen met een bevestigde PID een vergroot risico lopen op ectopische zwangerschap, infertiliteit door tuba-dysfunctie en chronisch onderbuikspijn. Daarnaast is er nog maar weinig geweten omtrent het mechanisme van aanhechting van Chlamydia trachomatis en het zorgen voor de tuba dysfunctie. (17) Men ziet dat vrouwen die ouder zijn dan 20 jaar bij het eerste seksuele contact en vrouwen die orale anticonceptie nemen een hoger aantal zelf opgeruimde infecties heeft dan vrouwen die jonger waren dan 16 jaar of geen orale anticonceptie nemen. (16)

Indien chlamydia-infectie toch symptomatisch blijkt, geeft het klachten van mucopurulente cervicitis (met of zonder contactbloedingen), gevoeligheid van de cervix, endocervicale ulcera, uretritis, dysurie, vaginale afscheiding, postcoïtale bloeding, doorbraakbloeding en lage abdominale pijn. Ook een reactieve artritis wordt bij minder dan 1% (20-40 per 100 000) van de chlamydia-infecties beschreven en is een combinatie van uretritis, conjunctivitis en artritis. Het komt voornamelijk voor bij HLA-B27 positieve mannen. (4)

Daarnaast worden diverse zwangerschapscomplicaties aan chlamydia gelinkt zoals vroeggeboorte, PROM (premature rupture of membranes) en laag geboortegewicht. (21)

1.1.4 Diagnose

De gouden standaard voor het screenen en diagnosticeren van een chlamydia-infectie is via de nucleotide amplificatietest, dat zowel de meest sensitieve (>90%) als specifieke (95%) beschikbare methode is. Stalen bij vrouwen moeten afkomstig zijn van eerste-straals-urine of van een vaginale wisser. Voor beiden zijn de testkarakteristieken en de detectieratio gelijk. (11) De vaginale wissers mogen door de patiënt zelf of door een clinicus worden afgenomen. Zelf-afgenomen vaginale wissers zijn gelijkwaardig in sensitiviteit en specificiteit in vergelijking met wissers afgenomen door een clinicus. Daarenboven vinden vrouwen de zelfafname zeer acceptabel. (19)

1.1.5 Behandeling

De WHO stelt in zijn richtlijn van 2016 dat een urogenitale Chlamydia trachomatis infectie moet behandeld worden met azitromycine 1 gram in unidose per os of doxycycline 100 mg 2 maal per dag gedurende 7 dagen per os. (22) Dit is in overeenstemming met het beleid voorgesteld door BAPCOC in 2012. (23) Bij zwangere vrouwen is azitromycine 1 gram unidose per os eerste keuze therapie, op de tweede plaats komt amoxicilline 500 mg 3 maal per dag gedurende 7 dagen. (22)

2 Screening van Chlamydia trachomatis: stand van zaken

2.1 Methodologie

Vooraf aan het concreet afbakenen van het onderwerp, werden eerst de praktijkverbeterprojecten in kader van de masterproef binnen de huisartsopleiding overlopen. De stand van zaken werd nagegaan omtrent het onderzoek naar chlamydiascreening.

Wegens het gebrek aan een haalbare strategie binnen de huisartspraktijk om aan opportunistische screening te doen in zake chlamydia-opsporing, zowel in de voorafgaande masterproeven als binnen mijn opleidingspraktijk, werd besloten dit onderwerp verder uit te diepen.

Zowel via Pubmed als Medline, werd gezocht naar de grootste risicofactoren voor een chlamydia-infectie via de sleutelwoorden: "Risk; Chlamydia trachomatis; screening". Daarnaast werd er ook gezocht naar effectieve strategieën voor risico-inschatting en motivatie van personen. Dit werd gezocht met volgende zoektermen: "Risk assessment; Chlamydia trachomatis; screening". De literatuur werd doorgenomen en via de sneeuwbalmethode werden er verdere relevante artikels geselecteerd. Voorts werden de verschillende richtlijnen opgezocht en bekeken, zowel de Belgische Domus Medica richtlijn als de internationale richtlijnen. Deze werden vergeleken met elkaar.

2.2 Wat is preventie?

Preventie is het geheel van interventies om chlamydia-infectie te proberen controleren. Men kan deze interventies verdelen in twee grote groepen van strategieën, namelijk primaire en secundaire preventie. Het doel van primaire preventie is het voorkomen van nieuwe infecties via bevordering van de seksuele gezondheid, bijvoorbeeld via seksuele voorlichting en educatie, het bevorderen en uitdelen van condooms, etc. Het doel van secundaire preventie is het detecteren en behandelen van personen die reeds een chlamydia-infectie hebben, om het risico op complicaties te verkleinen. Personen met een infectie kunnen opgespoord worden indien ze zich presenteren met symptomen of via het testen van asymptomatische personen. De drie belangrijkste manieren om te screenen naar asymptomatische infecties zijn: case-finding via partnerinlichting, opportunistische screening en bevolkingsscreening. (24)

In deze masterproef richtten we ons enkel op de secundaire preventie, specifiek op opportunistische screening zoals de Domus Medica richtlijn aanbeveelt. (21)

2.3 Screenmethode binnen de secundaire preventie

Case-finding is het actief opzoeken van personen waarvan men veronderstelt dat deze blootgesteld zijn aan een chlamydia-infectie. Deze personen kunnen symptomatisch of asymptomatisch zijn. Als men aan case-finding via partnerinlichting doet, zal men de seksuele partners van een persoon gediagnosticeerd

met chlamydia-infectie, de zogenaamde index case, inlichten over de mogelijke blootstelling aan chlamydia. (24)

Bij opportunistische screening zal men aan een bepaalde groep asymptomatische personen een voorstel tot een test doen. Dit kan zowel doorgaan in een klinische setting als daarbuiten. De personen aan wie de test wordt aangeboden, moeten zelf niet actief op zoek gaan naar een test, maar krijgen deze aangeboden. Dit verschilt van case-finding omdat de clinicus bij opportunistische screening zelf contact legt met de persoon aan wie hij de test wilt aanbieden. (24) Deze selectie gebeurt door de clinicus zelf, in tegenstelling tot een bevolkingsscreening waarbij de screeningsprocedure wordt opgelegd door een externe structuur die instaat voor de kwaliteitsbevordering en epidemiologische gegevens. (21)

Bevolkingsscreening of systematische screening is een continue georganiseerde dienst die op regelmatige basis een vooraf gedefinieerde populatie een chlamydia test aanbiedt. De selectie van de populatie verloopt ofwel via vaste registers, bijvoorbeeld via een bevolkingsregister, ofwel via clinici die patiënten rekruteren die voldoen aan vooraf vastgestelde inclusiecriteria. (24) Het voordeel van de bevolkingsscreening is –indien een goede organisatie aanwezig is- een verhoging van deelname en een betere testkwaliteit. Daarnaast kan men het effect via epidemiologische opvolging grondig evalueren. (21)

Het zorgen voor alle personen met een chlamydia-infectie, met andere woorden deze volgens de richtlijnen diagnosticeren en behandelen, noemt met case-management. Dit wordt geacht bij eender welke vorm van screening uitgevoerd te worden. (24)

2.4 Wetenschappelijk achtergrond van screening

2.4.1 Gezondheidsvoordelen screening

Het hoofddoel van chlamydia screening is het voorkomen van PID met bijkomende complicaties als infertiliteit, etc. Daarnaast doelt de screening ook op preventie van perinatale en postpartum complicaties bij zwangere vrouwen en het voorkomen van infectie bij neonaten. Uit RCT is gebleken dat in de 12 maanden follow-up, 1 geval van PID veroorzaakt door chlamydia zou voorkomen worden door 83,3 vrouwen te screenen. (25) Men kan deze stelling in twijfel stellen, aangezien de studie uit 1999 dateert, waarbij PCR nog geen algemeen aanvaarde screenmethode was. Ook maakt Van Den Broeck et al. de bemerking dat de daling in de studies ook met de vroege endemische fase van HIV te maken heeft, waarbij er grootschalige campagnes liepen voor veilig seksueel verkeer. (26)

In de Nederlandse studie van Van Den Broeck et al. kregen alle mannen en vrouwen vanaf 16 tot en met 29 jaar in bepaalde regio's tussen 2008 en 2011 jaarlijks een uitnodiging per post om deel te nemen aan een studie. Indien ze zich akkoord verklaarde, konden de personen woonachtig in 2 stedelijke gebieden (Amsterdam en Rotterdam) langs internet een wisser voor zelfafname opvragen. De personen in het eerder landelijk gebied woonachtig (Zuid-Limburg), moesten eerst een risicoanalyse invullen op

internet. Bij een verhoogd risico konden de personen ook een wisser aanvragen. Men zag dat er na 3 screeningsjaren geen statistisch significante daling was in chlamydia-infectie in vergelijking met de controlegroep. Bij de personen die drie opeenvolgende jaren deelnamen aan de test (2,8% van alle participanten) zag men een daling: van 6% positieve testen in de eerste ronde, naar 3% in de laatste ronde. Ook moet men de kanttekening maken dat in Zuid-Limburg, waarbij vooraf een risicoanalyse gebeurde, het aantal positieve chlamydia-infecties in de interventiegroep 1,02% lager was ten opzichte van de controlegroep na 3 screeningsrondes. Wegens de lage participatieratio was de statistische evidentie echter zwak. De lage participatie was de grootste zwakte van de studie, wat zorgde voor de onmogelijkheid om de chlamydia prevalentie en het effect in te schatten. (26)

Alhoewel deze resultaten geen significantie konden aantonen, werd er toch geopteerd in deze studie aan opportunistische screening te doen binnen onze huisartspraktijk.

Enerzijds is er in de studie van Van Den Broeck et al. in Zuid-Limburg wel een daling van 1,02% ten opzichte van de controlegroep aangetoond door het vooraf invoeren van een risico-stratificatie. Dit is ook het opzet van deze studie. Ook zag men een daling in alle gebieden samen van 6% naar 3% in positieve testen bij deelnemers die jaarlijks deelnamen aan de test, wat wijst op evidentie indien de strategie blijvend geïmplementeerd wordt.

Anderzijds gaat het in de studie van Van Den Broeck et al. over systematische screening en niet over opportunistische screening. Men kan dan ook veronderstellen dat de participatie groter zal zijn binnen ons onderzoeksopzet in vergelijking tot de studie van Van Den Broeck et al.

Ten eerste kan men veronderstellen dat patiënten sneller geneigd zullen zijn deel te nemen aan een onderzoek waaraan hun huisarts, die toch een vertrouwenspersoon is, rond werkt in tegenstelling tot een uitnodiging via een brief door een onbekende. Hengel et al. concludeerde in de systematische review dat de participatiegraad groter is indien de test via gemeenschapscentra of sociale netwerken wordt aangeboden, in tegenstelling tot het aanbieden via straatprogramma's. Men stelt daarbij dat het aanbieden van een test door een vertrouwde persoon, zal motiveren voor deelname. (27) Men kan dan ook een gelijkaardig effect veronderstellen bij ons onderzoeksopzet.

Ten tweede heeft dit onderzoek het voordeel dat de patiënt minder moeite moet doen: zij kunnen onmiddellijk de vragenlijst invullen, zonder naar een website te moeten surfen en zij kunnen indien hun risico vergroot blijkt, onmiddellijk een wisser afnemen, in tegenstelling tot het wachten op de bestelde wisser en het dan terug te sturen.

In de systematische review van 2009 van Low et al. komt men tot de conclusie dat er te weinig bewijs is om opportunistische screening te promoten. In deze review gebruikt men echter enkel 2 RCT's bij vrouwen die een zwangerschapsonderbreking wensen. Er zijn geen RCT's verwerkt waarbij men aan opportunistische screening doet bij niet-zwangere vrouwen of zwangere vrouwen die geen zwangerschapsonderbreking wensen. (28) Men kan mijns inziens dan ook niet bewijzen dat opportunistische screening niet effectief is, aangezien er hieromtrent nog te weinig onderzoek gebeurd is. In een meer recentere review van 2016 van Low et al. beschrijft men een daling van PID's met chlamydiascreening, maar wegens de bias in de opgenomen studies is dit effect niet precies te bepalen. Als besluit kan men voorstellen de resultaten van de lopende onderzoeken rond opportunistische screening af te wachten, alvorens hierover verdere uitspraken te doen. (29)

In het verleden werd er ook door masterstudenten huisartsgeneeskunde, naar een goede methode gezocht om aan opportunistische chlamydiascreening te doen binnen de huisartspraktijk. Zowel in de studie van Linde Tielen als in de studie van Anneleen Geerts wordt er gebruik gemaakt van het afnemen van een vragenlijst door de clinicus zelf, aan alle vrouwen tussen 18 en 35 jaar die consulteren met een gynaecologische of urologische vraag. Beide studies concluderen dat er nood is aan efficiëntere strategieën om de Domus Medica richtlijn te implementeren en gemakkelijker aan screening te kunnen doen binnen de eerste lijn. (30, 31)

Dit onderzoek onderscheidt zich van bovenstaande wegens de uitnodiging aan alle vrouwen tussen 18 en 35 jaar en niet enkel tot diegenen met een gynaecologische of urologische vraag. Daarnaast is het niet de bedoeling dat de huisarts zelf de vragenlijst overloopt maar dat de patiënt dit zelfstandig invult. Dit kan enigszins tijdbesparend werken. Noortje van Bourgognie onderzocht in haar masterproef de aanvaardbaarheid van een vragenlijst om het SOA risico in te schatten. Ze kwam tot de conclusie dat de vragenlijst positief onthaald werd door de patiënten. Zij vonden deze niet gênant of belastend en vonden het een goede manier van de huisarts om te informeren naar seksueel contact. Sommige gaven aan dat ze rechtstreeks contact verkozen voor het bevragen van de SOA anamnese. Er was geen verschil tussen de verschillende culturen. (32) Deze studie toont aan dat een vragenlijst ook een aanvaardbare methode is om aan een risicoanalyse te doen.

2.4.2 Nadelen screening

In het grootschalig onderzoek van Low et al. waarbij 19 773 participanten (zowel mannen als vrouwen) tussen 16 en 39 jaar een uitnodiging thuiskregen om zichzelf te testen, werd specifiek de sociale, emotionele en psychische effecten nagegaan van screening en partnerinlichting. De uitnodiging werd aanvaard zonder problemen en zorgde niet voor nadelige effecten als toegenomen angst, depressieve symptomen of verlaagd zelfbeeld. Als redenen om een deelname te weigeren, werd voornamelijk een lage inschatting van zijn eigen risico en geen verantwoordelijkheidszin voor de gezondheid van zichzelf of diens partner als reden opgesomd. Sommige vrouwen vonden het afnemen van een vulvovaginaal wisser bij zichzelf onaangenaam en weigerden daarom het onderzoek. (33) In de systematische review van Paudyal et al. waarbij nagegaan werd of zelfafname van een vulvovaginaal wisser een acceptabele manier is, kwam men tot conclusie dat 85% van de patiënten dit een aanvaardbare manier van screening vonden en 13% pijn aangaf bij het afnemen van de wisser. Zelfafname werd verkozen boven afname door een clinicus en patiënten waren bereid dit aan kennissen aan te raden. (34)

2.5 In onze praktijk

In onze praktijk gebeurde voor opstart van het praktijkverbeterproject enkel een test op chlamydia op vraag van de patiënt en bij vermoeden van een chlamydia-infectie. Concreet houdt dit in dat de Domus Medica richtlijn niet werd opgevolgd in actieve opsporing van Chlamydia trachomatis.

Om een correct beeld te hebben hoe de screening binnen onze praktijk verliep, bekijken we eerst de cijfers van 1 september 2014 tot en met 31 augustus 2015. Dit is het jaar voorafgaande aan het starten van dit praktijkverbeterproject. Deze data zijn het meest representatief omdat het bespreken van de

Domus Medica richtlijn in de praktijk ook al een effect heeft, ondanks het praktijkverbeterproject nog niet gestart is. In totaal werden er 13 personen (10 vrouwen en 3 mannen) gescreend in de bovenvermelde periode. Bij de mannen werd er telkens op eerste-straals-urine getest, bij de vrouwen werd er bij 8 vrouwen op een vaginale wisser getest en 2 maal via serologie (IgM bepaling). Er waren in beide groepen geen positieve personen.

Na het overlopen van de richtlijn met mijn praktijkopleider, werd er reeds op meer regelmatige basis gescreend. Zo werden van 1 september 2015 tot en met 31 augustus 2016 reeds 37 personen getest: 17 mannen via eerste-straals-urine waarvan 2 gevallen positief, en 20 vrouwen, 18 met een vaginale wisser en 2 via serologie, waarvan niemand positief testte.

2.6 In de algemene eerstelijns zorg

De eerstelijns zorg is de perfecte setting voor aan chlamydia screening te doen, aangezien uit onderzoek blijkt dat 75% van de personen jonger dan 30 jaar, minimaal jaarlijks één contact met hun huisarts hebben en deze groep zich ook presenteert met problemen in verband met hun seksuele gezondheid. Desondanks ziet met een lage ratio van chlamydia testen bij de huisarts. (7) Men kan dit wijten aan enkele barrières. Patiënten voelen zich vooral gehinderd door angst om veroordeeld te worden door hun huisarts, zeker vrouwen vernoemen vaak angst om als "vuil" persoon bestempeld te worden. Daarnaast is een gebrekkige kennis een enorme barrière. Een bepaalde studie vermeldt dat 64% van de ondervraagde universiteitsstudenten geen kennis rond de infectie en risicofactoren had. Als laatste barrière vermeldt men nog de kostprijs van de consultatie en van de test zelf. (7)

Huisartsen vermelden als voornaamste barrière het gebrek aan tijd en de bijkomende werkbelasting. In een standaard consultatie is niet voldoende tijd voorzien om aan screening te doen, zeker bij patiënten met een beperkte kennis of bij niet-gerelateerde gezondheidsproblemen. Een andere opgesomde barrière is het gebrek aan kennis omtrent de voordelen van screening, de manier van afname, risicofactoren en epidemiologie. Ook het gebrek aan duidelijke richtlijnen voor het verder beleid wordt vermeld als barrière. Veel huisartsen vrezen ook hun patiënten te beledigen met het voorstel tot screening. (7, 35)

Om deze barrières te verkleinen kunnen bepaalde maatregelen helpen. Op patiënten niveau helpt de normalisatie van screening binnen de huisartspraktijk waarbij een test op basis van leeftijd jaarlijks herhaald wordt met keuzevrijheid tot participatie. Daarnaast kan verdere educatie en bewustwording rond screening helpen. Ook de mogelijkheid voor een urinestaal en een gratis consultatie verkleint de barrière. Patiënten verkiezen de eerstelijns zorg om deze screening laten door te gaan, met een voorkeur tot jonge dokters van hetzelfde geslacht, omdat men deze minder veroordelend vindt. (7)

Op huisartsenniveau zijn er ook enkele zaken mogelijk om de barrières te verkleinen. Zo kan men ijveren voor het normaliseren van de screening en een herinnering om te screenen via het elektronisch medisch dossier. Daarnaast zouden ook opleidingen rond SOA's, huisartsen alerter kunnen maken. Er is er echter weinig onderzoek gevoerd op welke manier dit dan zou moeten gebeuren. Ook wordt in sommige studies

geopperd dat een financiële tegemoetkoming een drijfveer voor screening zou kunnen zijn, maar dit is nog niet bewezen. (7)

2.7 Richtlijnen omtrent screening

2.7.1 Domus Medica

De Domus Medica richtlijn dateert van 2004, maar het laatste opvolgrapport dateert van 2013, waarin er nog voldoende evidentie bestond om deze richtlijn te implementeren. Systematische screening heeft volgens huidig onderzoek geen meerwaarde in daling van prevalentie of complicatie kunnen aantonen ten opzichte van opportunistische screening en wordt dan ook niet aanbevolen. (36) De richtlijn raadt aan enkel opportunistische screening in te voeren bij vrouwen die jonger zijn dan 35 jaar met meer dan één partner het laatste jaar of met recent (minder dan 6 maanden) een nieuwe partner. Daarnaast wordt opportunistische screening aangeboden bij vrouwen bij wie een zwangerschapsonderbreking wordt gepland. De opportunistische screening wordt enkel bij vrouwen aangeraden omdat computersimulatie modellen aantonen dat dit kostenbesparend werkt aangezien men de gecompliceerde infecties vermijdt. Er is weinig evidentie dat het screenen van mannen hun outcome zal verbeteren of de prevalentie zal verlagen. De richtlijn raadt wel aan om partner(s) op te sporen en indien nodig te behandelen, om re-infectie te voorkomen. (21) Er wordt geen systematische herscreening van de positieve casussen aangeraden na behandeling. Dit wordt wel aangeraden volgens de Amerikaanse richtlijnen. (36)

Daarnaast raadt Domus Medica actieve opsporing voor chlamydia aan bij vrouwen met één of meer van de volgende risicofactoren: klachten van postcoïtaal of intermenstrueel bloedverlies, dysurie die niet verdwijnt na een klassieke cystitisbehandeling of een partner met dysurieklachten. Bij mannen met dysurie of urethritisklachten wordt ook actieve opsporing aangeraden. (21)

2.7.2 Europese richtlijnen

Lanjouw et al. bespreekt de Europese richtlijn. Binnen veel Europese landen bestaan er specifieke ziekenhuizen die zich slechts bezighouden met SOA opsporing of met de gehele seksuele gezondheid. Aan deze instellingen raadt men een jaarlijkse screening aan bij alle seksueel actieve vrouwen en mannen (jonger dan 25 jaar) en zou men dit moeten overwegen voor MSM. Een herhaling van de test zou 3 tot 6 maanden later moeten worden voorgesteld aan mannen en vrouwen (jonger dan 25 jaar) die positief testten op Chlamydia trachomatis. (4)

2.7.3 Amerikaanse richtlijnen

Het Amerikaanse toonaangevende gezondheidsinstituut, “Centers for Disease Control and Prevention” (CDC), raadt bij alle seksueel actieve vrouwen onder de 25 jaar een jaarlijkse screening aan. Daarnaast raadt het screening aan bij oudere vrouwen met een verhoogd risico op infectie, namelijk diegene met een nieuwe sekspartner, een niet-monogame sekspartner of een sekspartner met een reeds vastgestelde SOA. (19)

2.7.4 Wereldwijd

De WHO stelt in zijn laatste richtlijn omtrent de behandeling van chlamydia, dat een richtlijn rond screening van chlamydia voorzien wordt rond 2017-2018. Dit hoort bij de laatste stap van het vierstappenbeleid voor het opstellen van een richtlijn voor de SOA's, waarin het opstellen van richtlijnen omtrent het beleid de eerste stap was. (22)

3 Praktijkverbeterproject

3.1 Doel

Zoals reeds hierboven is vermeld, deed mijn opleidingspraktijk nog niet aan frequente screening. Het doel van dit project is aan opportunistische screening te doen binnen mijn opleidingspraktijk, om zo sneller een asymptomatische chlamydia-infectie te detecteren en de mogelijke complicaties, zoals beschreven in de paragraaf symptomen, tegen te gaan. In onze praktijk zijn er op 8 oktober 2016 (weekend vooraf dit project van start gaat) 147 vrouwen tussen 18 en 35 jaar die hun globaal medisch dossier in onze praktijk hebben. Het doel is om bij deze vrouwen na te gaan of ze een asymptomatische chlamydia-infectie hebben. De opportunistische screening gebeurt via een risicostratificatie, concreet via een vragenlijst die de patiënt zelf dient in te vullen en daarbij zijn risico berekent. Indien er een vergroot risico aanwezig is, kan de patiënt bij zichzelf een wisser afnemen. Dit protocol, dat verder uitgebreid zal worden besproken, werd goedgekeurd door de ethische commissie (zie bijlage 1).

Zoals reeds beschreven in het onderdeel rond het wetenschappelijk bewijs van de gezondheidsvoordelen van screening, staat het geleverde bewijs omtrent de effectiviteit van chlamydia screening ter discussie maar tonen studies wel enig effect aan van voorafgaande risicostratificatie. Deze risicostratificatie helpt om een onderscheid te maken tussen personen met een verhoogd risico en personen met een laag risico. Enkel bij personen met een verhoogd risico, wat de populatie aanzienlijk beperkt, zal gescreend worden. Onze studie onderscheidt zich ook van voorgaande studies, aangezien we enerzijds bij een breder publiek en dus niet enkel mensen met vaginale of urologische problemen screenen. Anderzijds laten we de personen zelf een vragenlijst invullen en hun risico onderzoeken. Deze risicostratificatie is dan ook het doel van deze studie. Is dit een goede manier om aan opportunistische screening binnen de eerste lijn te doen? Wat is de ervaring van patiënten omtrent deze manier van risico-stratificatie en screening? Kan deze vragenlijst geïmplementeerd worden in de routine-zorg van de huisartspraktijk? Wat zijn eventuele barrières om dit niet te doen en hoe kunnen we deze verkleinen?

3.2 Studie-opzet

Ten eerste werd er bekeken of, en zo ja bij wie en om welke redenen, aan chlamydiascreening bij 18- tot 35-jarige vrouwen gebeurde in mijn opleidingspraktijk tussen 1 september 2014 en 31 augustus 2015. Dit onderdeel werd reeds besproken in de paragraaf "Screening in onze praktijk".

Om zo een groot mogelijk publiek aan te spreken, zullen we bij iedere vrouw tussen 18 en 35 jaar die consulteert in onze huisartspraktijk voor eender welk gezondheidsprobleem in de periode van 10 oktober 2016 tot en met 30 november 2016, een voorstel doen tot deelname aan deze studie en bekomen ze een informatieformulier (zie bijlage 2.1.). Indien de patiënten akkoord zijn tot deelname, krijgen ze een toestemmingsformulier (zie bijlage 2.2.), waarin ze zich akkoord verklaren tot deelname en tot het verwerken van hun gegevens binnen deze studie.

Vervolgens krijgen ze een folder met uitleg over chlamydia (zie bijlage 2.3.). Op deze folder zal op de achterkant enkele vragen omtrent de risico-inschatting staan (zie bijlage 2.4.). Deze vragenlijst is gebaseerd op de Domus Medica aanbeveling. (21) De beslissing tot deze vragenlijst werd uiteindelijk

gekozen na specifiek vergelijk tussen de verschillende vragenlijsten opgesomd in de literatuur. Bij deze vragenlijst werden de voor- en nadelen bekeken, dit wordt verder besproken in de paragraaf "keuze van de vragenlijst".

Op het einde van de vragenlijst, kunnen de patiënten zelf hun risico berekenen. Ook wordt gevraagd hun telefoonnummer op te schrijven, dit voornamelijk om de vragenlijst terug te kunnen koppelen aan de personen en ons ervan te verzekeren over het telefoonnummer te beschikken indien de patiënt zichzelf zal testen en deze test positief zou blijken.

Daarna kunnen ze via een sneltoets op de telefoon die aanwezig is in de ruimte, mij contacteren. Dit leg ik de patiënten op voorhand reeds uit en toon dit voor. Nadat de patiënten mij hebben gecontacteerd, passeer ik langs de ruimte om naar hun berekende score te kijken. Is hun score groter dan nul, hebben ze al enig risico op chlamydia en raadt de Domus Medica richtlijn aan te screenen. Hoe groter hun score is, hoe groter ook het risico op chlamydia. Indien er een vergroot risico blijkt, dan kunnen ze zelf een vaginale wisser afnemen om te kijken of er een infectie aanwezig is. Ze krijgen samen met de wisser, een schema hoe dit moeten uitvoeren (zie bijlage 3). Indien chlamydia aanwezig zou zijn, kunnen de patiënten kosteloos bij ons terecht voor de behandeling. Indien er geen vergroot risico blijkt, dan geven ze hun vragenlijst af aan mij die anoniem verwerkt wordt en mogen ze de folder met uitleg houden. Volgens de RIZIV criteria wordt de amplificatietest op chlamydia 2 maal per jaar terugbetaald indien het gaat over personen jonger dan 21 jaar, in de klinische context van een risicogroep en bij specifieke symptomen. (21)

Zeer concreet verloopt de studie als volgt:

- We nodigen iedere vrouwelijke patiënt tussen 18 en 35 jaar die op consultatie komt, voor eender welk probleem, uit voor deelname. In de wachtzaal hangt een poster van Sensoa, met uitleg omtrent chlamydia en een kort tekstje dat alle vrouwen tussen 18 en 35 jaar vrijblijvend uitgenodigd worden voor deel te nemen aan een onderzoek in kader van de masterproef van Nele Souffriau.
- We geven iedereen die zich akkoord verklaart, de folder met informatie en vragenlijst mee.
- We laten de patiënt in een rustige ruimte met tafel en stoel, de vragenlijst invullen en zijn risico berekenen.
- Daarna laat de patiënt via de sneltoets van de praktijktelefoon weten dat zij klaar is en de vragenlijst is ingevuld.
- In geval van een normaal risico (score = 0), geeft zij de vragenlijst af aan de onderzoeker en mag de folder met informatie houden.
- In geval van een verhoogd risico, wordt hen uitgelegd dat ze best worden gescreend op chlamydia en dat ze dit bij zichzelf kunnen afnemen en deze procedure gratis is. Indien akkoord, kunnen zij de test-kit onmiddellijk op het patiëntentoilet afnemen. Indien de patiënt dit niet volledig ziet zitten, wordt hen aangeboden om thuis de wisser af te nemen en later op het tafeltje achter te laten (gekend door de patiënten voor briefwisseling en stoelgangsstaaltjes achter te laten).

- Deze testkit bevat uitleg hoe de patiënt de wisser correct moet afnemen (zie bijlage 5), een aanvraagblad met daarop een klever van de mutualiteit van de patiënt en de wisser zelf.
- Na 7 dagen is de uitslag gekend en vragen wij de patiënt telefonisch contact op te nemen met ons voor verdere uitleg. Deze methode zijn de patiënten van onze praktijk het meest gewoon, aangezien dit voor bloedafnames, urinestaaltjes en uitstrijkjes ook zo wordt afgesproken.
- Zo negatief, worden ze gerustgesteld. Veilig seksueel verkeer wordt aangeraden en nogmaals uitleg dat ze bij vernieuwd risicogedrag steeds welkom zijn voor een nieuwe test.
- Zo positief, proberen we zelf de patiënt reeds vroeger te contacteren. Er wordt hen aangeraden om gratis op consultatie te komen voor extra uitleg omtrent chlamydia en partnerwaarschuwing, extra testen op SOA's en voorschrift ter behandeling.

Nadat deze studietermijn is afgelopen, worden er at random een 10-tal patiënten geselecteerd. Deze patiënten worden terug opgebeld met de vraag wat ze van de gehele screeningsprocedure vonden. Dit wordt uitgevoerd aan de hand van enkele open vragen (zie bijlage 4). Deze gegevens worden verwerkt zodat we meer informatie rond de eventuele barrières voor de patiënt kunnen bepalen en proberen te verkleinen.

3.3 Keuze van de vragenlijst

Onderstaande tabel vergelijkt de mogelijke vragenlijsten die reeds in de literatuur beschreven werden. Deze vergelijking werd ook besproken met mijn praktijkopleider en promotor. Uiteindelijk kwam de vragenlijst van Domus Medica als meest geschikte eruit, aangezien deze meest gericht is op de Belgische situatie.

Tabel 1: vergelijking van de vragenlijsten gevonden in de literatuur

		Belgische vragenlijst: Domus medica richtlijn (21)	**Vragenlijst VS: De IWantTheKit-test (37)**	**Canadese studie (38)**	**Nederlandse studie: chlamydiatest.nl (39)**	**Australische vragenlijst (40)**
Inclusiecriteria		Vrouwen, bij de huisarts	Mannen en vrouwen >14 jaar, uit 2 staten VS	Asymptomatische mannen en vrouwen in SOA kliniek	Mannen en vrouwen uit 3 bepaalde gebieden	Mannen en vrouwen in SOA kliniek
Risico-factoren	Leeftijd	Niet vermeld	<= 25 jaar: 1P	14-19 jaar: 8P 20-24 jaar: 3P 25-29 jaar: 1P 30-39 jaar: -2P 40 jaar: ref.	15-29 jaar: 1P	Geen verschil
	Recent nieuwe partner	<6 maanden bij <35 jaar: 1P	<3 maanden: 1P	< 6 maanden: 0 partners: ref. 1-2 partners: 5P >=3 partners: 6P	< 6 maanden: 1P	Niet vermeld
	Aantal partners	>1 partner laatste jaar bij < 35 jaar: 1P	>1 partner afgelopen 3 maanden: 1P	Zie bovenstaand	Totaal aantal 2-5: 2P >=6: 3P	Aantal mannelijke partners: 0: 0P 1: 3P

						2: 6P >=3: 9P
	Symptomen	Intermenstrueel bloedverlies:1P Postcoïtaal bloedverlies:1P Dysurie niet reagerend op klassieke therapie: 1P Partner met dysurie: 1P	Niet vermeld	Niet vermeld	Postcoïtaal bloedverlies: 1P	Geen: 0P Genitaal of anaal: 4P
	SOA historiek	Niet vermeld	Ooit SOA gehad of behandeling gehad: 1P	Voorafgaande chlamydia-diagnose: 7P Voorafgaande Gonorroe-diagnose: 1P	Niet vermeld	Kennis HIV status: Niet getest/ niet zeker: 4P Andere (>=1 x getest): 1P
	Condoom gebruik	Niet vermeld	Bij seksuele betrekking Nooit: 3P Soms: 3P Altijd: 0P	Niet vermeld	Geen condoom gebruikt bij laatste seksuele contact: 1P	Inconsistent gebruik van condooms de laatste 3 maand: 4P
	Ras	Niet vermeld	Niet vermeld	Blank: referentie Niet-blank: 5P	Antilliaanse of Surinaamse etniciteit: 2P	Cultureel/ taal verschillend: 4P
	Woon-plaats	Niet vermeld	Niet vermeld	Niet vermeld	Gemiddelde verstedelijking:2P Grote verstedelijking:3P	Sydney: 0 P New South Wales: 3 P
	Andere	Geplande zwangerschaps-onderbreking: 1P	Geen	Geen	Lager/ Gemiddelde opleiding: 2P	*Burgerlijke status: Getrouwd: 0P. Nooit getrouwd/ gescheiden/ ander:2P *Momenteel sekswerker:6P *Reden van presentatie: SOA test: 2P, SOA contact: 22P, Andere: 0P *Gebruik van AC: OAC:4P Geen AC: 5P. Andere:0P
Aantal punten voor een verhoogd risico		Indien 1P = positief = risicogroep	0-4P= laag risico 5-7P = medium risico 8- 10P = hoog risico	Afkappunt 6P = sensitiviteit 91	Afkappunt 6P = sensitiviteit van 93%	Afkappunt 20P = sensitiviteit 70%, Afkappunt 15P = sensitiviteit 90,3%
Voordeel vragenlijst		Simpele test, Belgische situatie	Simpele test	° studie bij asymptomatische personen; °2014	° studie in Nederlandse populatie; studiepopulatie gelijkend op eerste lijn;	° studie tussen 1998-2009 met 45902 mannen en vrouwen; onderscheid tussen mannen en vrouwen; uitgebreide vragenlijst

				onderscheid tussen mannen en vrouwen	
Nadeel vragenlijst	° consensus	°VS, ° consensus	°Canada; Vragen omtrent SOA diagnose weten veel patiënten zelf niet; studiepopulatie van SOA-kliniek, toch nog 68% te screenen	Antilliaans of Surinaams afkomst is niet toepasselijk → onmiddellijk lager risico; dateert uit 2005.	°Australisch, vraag over domicilie niet te beantwoorden; studie-populatie van SOA kliniek

Legende: (P)= punt(en); (ref)= referentiewaarde; (°) = afkomstig van; (O)AC= (orale) anticonceptie

3.4 Resultaten

3.4.1 Deelname aan onderzoek

Het praktijkverbeterproject heeft gelopen van 10/10/2016 tot en met 30/11/2016, met uitzondering van alle dinsdagen (wekelijkse afwezigheid HAIO) en maandag 21/11 wegens een dag verlof. Zowel de praktijkopleider als HAIO probeerden bij elke patiënt die voldeed aan bovengenoemde inclusiecriteria, nadat de consultatie afgerond was, te vragen of de patiënt wou deelnemen aan een onderzoek rond het risico op chlamydia. Het informatieformulier werd samen overlopen en bij extra vragen werden deze verder beantwoord. Nadien werd gevraagd of de patiënten wilden deelnemen en werd gevraagd om het toestemmingsformulier in te vullen. Tabel 2 toont alle patiënten aan wie gevraagd werd deel te nemen aan het onderzoek gesorteerd op datum van consultatie.

Tabel 2: overzicht van aangesproken personen en verloop studie

leeftijd	Deelname risicostratificatie	Risico	Resultaat chlamydiatest
19	aanvaard	0	
19	aanvaard	0	
19	aanvaard	1	Positief
19	aanvaard	0	
20	aanvaard	0	
21	aanvaard	0	Wou zich toch graag laten testen. Negatief
22	aanvaard	0	
22	aanvaard	2	Negatief
23	aanvaard	0	
24	aanvaard	0	
25	aanvaard	0	
26	aanvaard	0	
26	aanvaard	0	
27	aanvaard	1	Negatief
27	aanvaard	0	
28	aanvaard	1	Test geweigerd, 1 maand ervoor getest
28	aanvaard	0	
29	aanvaard	2	Negatief

29	aanvaard	0	
29	aanvaard	0	Misteld, eigenlijk verhoogd risico maar niet getest
29	aanvaard	2	Negatief
29	aanvaard	0	
29	aanvaard	0	
30	aanvaard	1	Negatief
30	aanvaard	0	
31	aanvaard	0	
31	aanvaard	0	
31	aanvaard	0	
32	aanvaard	0	
32	aanvaard	0	
32	aanvaard	0	
33	aanvaard	0	
33	aanvaard	3	Negatief
34	aanvaard	0	
34	aanvaard	1	Negatief
34	aanvaard	0	
35	aanvaard	0	
35	aanvaard	1	Negatief
35	aanvaard	1	Negatief
35	aanvaard	0	

In totaal hebben we aan 40 patiënten gevraagd om deel te nemen, waarvan iedereen aanvaard heeft. Elf van de 40 patiënten waren tussen 18 en 25 jaar. De andere 29 waren tussen 26 en 35 jaar.

Twaalf van de 40 patiënten hadden een verhoogd risico. Één patiënt wou zich niet laten testen omdat ze een maand geleden op consultatie een vaginale wisser bij zichzelf had afgenomen wegens klachten van postcoïtaal bloedverlies voor uitsluiting SOA's. Ondertussen had ze geen nieuw seksueel contact gehad.

Een andere persoon had haar risico zelf verkeerd berekend. Ze vermeldde een score van 0, nochtans had ze 1 vraag positief beantwoord, namelijk meer dan één seksueel contact het laatste jaar. Aangezien echter enkel naar het eindresultaat werd gevraagd, is er pas bij verwerking van de resultaten gezien dat de patiënt een verhoogd risico had, waardoor patiënt geen voorstel tot afname van een wisser heeft verkregen.

Daarnaast was er een patiënt die op consultatie kwam voor een virale infectie, maar zich ook op SOA's wou laten testen. Ze had reeds een tweetal jaar een vaste seksuele partner in een monogame relatie. De vraag om te testen kwam vooral omdat een vriendin van haar met seksueel promiscue gedrag, een chlamydia-infectie had doorgemaakt. Aangezien haar vriendin had uitgelegd dat dit niet moeilijk was om uit te voeren en dat een infectie verborgen kon zijn en toch ernstige complicaties met zich kan meebrengen, testte ze zich graag. Ik had haar voorgesteld om mee te doen aan de studie. Haar totale

risico was 0, echter had ze toch graag een test. De NHG-richtlijn “Het SOA consult” stimuleert een zeer laagdrempelig aanbod van een chlamydiatest bij alle min 25-jarigen zoals bij SOA gerelateerde vragen. Indien de arts het risico als zeer laag inschat, moet er niet getest worden. (41) Aangezien patiënt zo een specifieke vraag in verband met screening had en je nooit zeker weet of de patiënt een verborgen agenda heeft, heb ik hier besloten tot een laagdrempelige chlamydiascreening. Deze was negatief.

In totaal waren er 10 negatieve uitslagen en 1 positieve uitslag. Deze patiënt werd persoonlijk door mij opgebeld met het feit dat ze positief getest had op chlamydia en met de vraag wanneer ze eens zou kunnen langskomen voor extra uitleg en behandeling. Verdere uitleg omtrent partnerwaarschuwing werd gegeven en andere SOA tests werden afgenomen die allemaal negatief waren. De patiënt werd aangeraden om deze tests na drie maanden te herhalen. Patiënt kreeg een unidose azitromycine 1 gr per os voorgeschreven.

3.4.2 Verhoogd risico

Bij het bekijken van de karakteristieken van de personen met een verhoogd risico, merkt men dat er enkel 2 personen tussen 18 en 25 jaar een verhoogd risico hebben. Moesten we de Europese of Amerikaanse richtlijnen hebben gevolgd en dus enkel gescreend hebben bij 18- tot 25-jarigen hadden we 10 personen met een verhoogd risico gemist. Men merkt dat personen ouder dan 25 ook risicogedrag vertonen. Vier van de tien personen ouder dan 25 heeft meer dan één seksuele partner het afgelopen jaar of heeft een nieuwe seksuele partner sinds minder dan 6 maanden.

In totaal vertonen 5 personen seksueel risicogedrag. Drie andere hebben postcoïtaal bloedverlies samen met intermenstrueel bloedverlies. Daarnaast hebben drie andere enkel intermenstrueel bloedverlies. Van twee personen had de partner plasklachten.

Tabel 3: Risicofactoren aanwezig bij patiënten met verhoogd risico

Leeftijd	Risico	Resultaat wisser	Positieve vraag
19	1	Positief	3
22	2	Negatief	5, 6
27	1	Negatief	8
28	1	Wenst geen nieuwe test	6
29	2	Negatief	2, 3
29	2	Negatief	5, 6
29	0	Misteld, niet uitgevoerd	2
30	1	Negatief	6
33	3	Negatief	5, 6, 8
34	1	Negatief	6
35	1	Negatief	2
35	1	Negatief	3

Legende: (2): meer dan 1 partner het afgelopen jaar; (3): <6 maanden nieuwe partner; (4): vrouwen bij wie zwangerschapsonderbreking wordt gepland; (5): postcoïtaal bloedverlies; (6): intermenstrueel bloedverlies; (7): dysurie niet reagerend op klassieke therapie; (8): partner met dysurie klachten.

3.4.3 Totaal aantal patiënten op consultatie

In totaal kwam in de periode van 10/10/2016 tot en met 30/11/2016, met uitzondering van alle dinsdagen en maandag 21 november, 54 vrouwen tussen 18 en 35 jaar op consultatie in onze huisartsenpraktijk.

Tabel 4: Karakteristieken dag en personen, waaraan vergeten vragen is of ze deelnemen

Datum	Dag	Leeftijd	Reden
12/10/2016	Woensdag	23	Vergeten vragen
13/10/2016	Donderdag	26	Te ziek om aan te vragen
17/10/2016	Maandag	33	Vergeten vragen
19/10/2016	Woensdag	35	Te ziek om te vragen
20/10/2016	Donderdag	19	Psychomotore retardatie
26/10/2016	Woensdag	32	Vergeten vragen
28/10/2016	Vrijdag	34	Vergeten vragen
31/10/2016	Maandag	28	Vergeten vragen
31/10/2016	Maandag	35	Vergeten vragen
3/11/2016	Donderdag	30	Uit Rusland, begrijpt geen Nederlands
3/11/2016	Donderdag	26	Vergeten vragen
16/11/2016	Woensdag	18	Vader aanwezig: barrière om uit te nodigen
17/11/2016	Donderdag	19	Vergeten vragen
24/11/2016	Donderdag	34	Vergeten vragen

Zoals hierboven reeds beschreven, deden 40 personen mee aan het onderzoek. Men vergat negen personen uit te nodigen om deel te nemen. Zowel op maandag als donderdag, viel dit het vaakst voor. Dit zijn ook de drukste dagen binnen de praktijk.

Eén persoon werd niet uitgenodigd wegens psychomotore retardatie met onmogelijkheid tot lezen. Een andere persoon was nog maar net uit Rusland verhuisd en kende nog geen Nederlands. Daarnaast kwam 1 persoon met haar vader langs. Mijn praktijkopleider voelde dit aan als een barrière om dit te bespreken, aangezien het een strikt gezin is waar rond seksueel gedrag zeker niet gepraat wordt. Daarnaast waren ook 2 personen te ziek om dit aan te vragen.

3.4.4 Vragen bij het invullen van de vragenlijst

3.4.4.1 Vragen voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst

Tijdens het informeren van de patiënten omtrent het onderzoek en het vragen naar hun toestemming om deel te nemen, stelden enkele patiënten zich vragen.

Zo waren 2 personen lesbisch (enkel intiem contact met vrouwen). Ze vroegen beiden of ze chlamydia wel konden krijgen aangezien ze enkel met vrouwen seksuele betrekkingen hadden en dus of het wel zinvol was deel te nemen. Transmissie kan via direct mucosaal contact tijdens seksuele betrekkingen, zodat zowel vaginale, anale alsook orale seks leiden tot een chlamydia-infectie. De juiste transmissiekans via de verschillende soorten mucosaal contact is niet gekend. (4) Het WIV stelt dat 1% van de chlamydia infecties via homoseksueel contact verloopt. (5) Vandaar dat bij deze patiënten toch werd aangeraden om zich te laten screenen.

Een andere vraag kwam van een patiënt die 30 weken zwanger was. Ze vroeg zich af of het als zwangere vrouw wel zin had om deel te nemen, aangezien ze maandelijks op controle bij gynaecoloog ging en geen klachten had. Verdere uitleg werd haar gegeven. Domus Medica raadt niet aan standaard chlamydia-infecties op te sporen bij de start van een zwangerschap. (42) Desondanks kan een chlamydia infectie aanwezig zijn zonder dat de vrouw het weet wegens zijn asymptomatische verloop en kan de infectie (zwangerschaps)complicaties met zich meebrengen. (21) Patiënte nam graag deel na deze uitleg.

3.4.4.2 Vragen na het invullen van de vragenlijst

Drie personen waren zwanger geweest het afgelopen jaar. Twee ervan hadden vragen over het tussentijds bloedverlies. Tijdens hun zwangerschap hadden ze eenmalig bloed verloren, tijdens het eerste trimester. Het ging hier waarschijnlijk over een innestelingsbloeding. Een andere vrouw had na de zwangerschap, de eerste week van het puerperium, ook nog wat bloedverlies. Vooraf aan de zwangerschap hadden ze geen intermenstrueel bloedverlies. Er werd besloten om dit niet als positief screeningsargument te gebruiken, aangezien het ging om eenmalig bloedverlies tijdens de zwangerschap, het een ongecompliceerde zwangerschap en bevalling was en nu na de zwangerschap en het puerperium geen klachten meer aanwezig waren. Daarnaast stonden alle patiënten weigerachtig ten opzichte van deelname, omdat de gynaecoloog hen verzekerd had dat dit een normaal bloedverlies was.

Een andere persoon begreep de vraag over tussentijds bloedverlies niet. Ze kwam bij mij op consultatie wegens vaststelling van meermaals microscopische hematurie op stick tijdens arbeidsgeneeskundige onderzoek. Ze twijfelde of ze op deze vraag dan ook positief of negatief moest antwoorden.

3.4.5 Enquête

Na de masterproef afgelopen was, zijn er at random nog 12 deelnemers opgebeld om hun mening naar het screeningsproces te vragen, via enkele vaste vragen (zie bijlage 4). De resultaten vindt men in bijlage 5. In zijn totaliteit bekeken vonden alle opgebelde personen het een goed onderzoek om eenmalig uit te voeren. Ze vonden het allemaal een interessant onderwerp, waarover niet alles reeds gekend was. De meeste mensen gaven aan dat ze nu bewuster met seksueel contact zouden omgaan.

3.4.5.1 Folder

De meesten gaven aan dat ze het heel belangrijk vonden dat de folder bij de vragenlijst was samengevoegd, omdat dit wat hen achtergrondinformatie bood en bewuster maakte. Niemand vond de folder onduidelijk of had hier vragen over. De moedertaal van één opgebelde patiënt was Frans, desondanks had zij ook geen problemen ondervonden met het lezen van de folder.

De folder droeg ook niet bij tot vergrote ongerustheid. Eén persoon gaf aan dat ze minder ongerust was, als voorheen omdat ze niet wist dat chlamydia behandelbaar was met antibiotica. Ze dacht dat elke SOA onbehandelbaar was. Eén persoon zei dat ze enorm geschrokken was van de cijfers van besmettingsgraad, wat haar wat ongerust maakte maar omdat ze zich nog maar recent had laten screenen was ze nu gerustgesteld.

Velen wisten niet dat je ook een infectie zonder symptomen kon hebben. Een andere persoon gaf aan dat ze niet wist dat postcoïtaal bloedverlies of intermenstrueel bloedverlies op een SOA infectie kon

wijzen. Ze zei dat ze enorm blij was dit te weten, dat ze nu sneller stil zou staan bij deze klachten. Velen gaven aan dat ze in de les of op het internet hierover wel hadden gelezen maar dat hun kennis niet voldoende was.

3.4.5.2 Vragenlijst en risicoberekening

Tien van de twaalf geïnterviewde personen gaven aan dat ze de vragen duidelijk vonden. Twee anderen hadden vragen omtrent het tussentijds bloedverlies. De ene persoon was zwanger geweest afgelopen jaar, zoals reeds hierboven beschreven. De andere persoon had regelmatig wat bruinachtige vaginale afscheiding en wist niet goed of dat men op dit doelde. Aangezien ze nog nooit seksueel contact had, ging ze ervan uit geen risico te lopen en beantwoordde deze vraag negatief. Iedereen vond de berekening gemakkelijk om uit te voeren, velen zeiden het gewoon te zijn van uit de "Flair" en ander magazines.

Sommige personen gaven aan dat ze het goed vonden onmiddellijk de vragenlijst te kunnen invullen, aangezien ze bij het meenemen naar huis, het waarschijnlijk vergeten in te vullen of vergeten terug te geven. Eén persoon had liever de vragenlijst mee naar huis genomen, zodat ze wat langer kon nadenken over de vragen. Ze dacht ook dat mensen eerlijker zouden zijn, als ze het thuis zouden invullen.

3.4.5.3 Ervaring bij niet-verhoogd risico

Het overgrote deel van de personen was gerustgesteld met het resultaat van een niet-verhoogd risico. Ze gaven aan dat ze in een vaste relatie zaten of dat ze het onmogelijk achtten een SOA te hebben wegens geen of weinig wisselend seksueel contact. Ze zouden eerder verbaasd zijn toch een verhoogd risico te hebben.

Twee personen gaven aan dat ze een niet-verhoogd risico hadden maar dat ze hierdoor niet gerust waren. De eerste persoon had wel vertrouwen in de risico-inschatting voor chlamydia maar vroeg zich af of ze niet besmet kon zijn met andere SOA's, aangezien hierover niet werd gepraat in dit onderzoek. Ondanks dat ze een vaste relatie had het afgelopen jaar, zou ze zich liever op alle SOA's hebben laten testen. De andere persoon vond de risico-inschatting te kort om een juist beeld te hebben van de kans op besmetting. Ze vond ook dat je nooit 100% zeker was met een vragenlijst en had liever een wisserafname dan een risico-inschatting.

3.4.5.4 Ervaring bij verhoogd risico

Vier opgebelde personen hadden een verhoogd risico. Twee daarvan gaven aan dat ze zich ongerust zouden maken, als ze niet wisten dat het behandelbaar was. Dankzij de folder met uitleg dat voor chlamydia een behandeling bestaat, waren ze niet ongerust. Eén van de twee personen zei wel dat ze geschrokken was dat ze een verhoogd risico had, enkel omdat ze in een nieuwe relatie zat. Ze wist niet dat een nieuwe relatie een risicofactor is.

Een andere persoon vertelde dat ze helemaal niet geschrokken was dat ze een verhoogd risico had omdat SOA's voor haar geen taboe meer waren. Ze zei dat ze gewoon was om deel te nemen aan studies en dat ze begreep dat bij de minste afwijking getest moet worden. Ze zou pas ongerust zijn als ze echt positief op chlamydia test.

De laatste persoon gaf aan dat ze helemaal geen vertrouwen had in de risicoanalyse. Ze begreep niet dat ze met slechts één risicofactor positief, zich ook moest laten testen. Ze had het eerder begrepen dat ze een verhoogd risico had, moesten er meerdere risicofactoren positief zijn. Aangezien ze zich vorige maand nog maar om dezelfde reden had laten testen en ze het absurd vond dat ze met een vaste relatie een verhoogd risico had, wou ze zich niet laten hertesten.

3.4.5.5 Ervaring bij de uitleg en het zelf uitvoeren van de vaginale afname via een wisser.

Drie van de twaalf opgebelde personen namen een wisser bij zichzelf af. Ze vonden de uitleg duidelijk en hadden hier geen vragen over. Eén persoon had in het verleden deze techniek al eens uitgevoerd, waardoor ze de techniek reeds onder de knie had. Ze vond het wel goed dat de uitleg erbij was gevoegd om nog eens na te gaan of ze het wel goed deed. Ze vond het bij een eerste afname belangrijk dit toe te voegen. Een andere persoon gaf aan dat ze het heel belangrijk vond dat de uitleg erbij zat, want dat het anders moeilijk gelukt zou zijn. De derde persoon gaf aan dat voor haar de uitleg er niet bij hoefde maar voor andere personen waarschijnlijk wel.

Alle drie de personen hadden geen moeite met de zelfafname en verkozen de zelfafname boven een afname door een arts. Eén persoon gaf aan dat het voor haar praktisch geen moeilijkheden gaf, maar dat ze zich wel kon voorstellen dat voor ouderen, mensen met rugklachten of mensen die het niet gewoon zijn tampons te gebruiken, het wel moeilijkheden kan geven.

3.4.5.6 Inlichten van het resultaat

Alhoewel de afspraak met de patiënten was dat ze ons na één week opbelden, kregen noch ik noch mijn praktijkopleider veel telefoons met de vraag over het resultaat. De exacte cijfers hieromtrent werden helaas niet bijgehouden. Deze trend weerspiegelt zich in de telefonische enquête. Twee van de drie personen belden zelf niet voor het resultaat. De eerste persoon kwam binnen een week op consultatie bij mijn praktijkopleider waarbij het resultaat op initiatief van mijn praktijkopleider werd meegedeeld. Ze gaf wel zelf aan dat ze nooit zelf zou bellen voor het resultaat omdat ze dit zou vergeten. De tweede persoon werd zelf opgebeld door de praktijk omdat ze positief testte op chlamydia. Ze was blij dat ze zelf werd opgebeld door de arts. Ze vond dit beter dan zelf te bellen voor het resultaat omdat ze niet goed wist wanneer ze moest bellen. Ze verkoos opgebeld worden ook boven sms omdat er onmiddellijk wat meer informatie werd gegeven en een concrete afspraak voor consultatie werd vastgelegd. De derde persoon belde ons zelf op voor het resultaat, 10 dagen na de test. Ze was het eerst vergeten. Ze gaf aan dat ze erop vertrouwde dat wij haar zouden opbellen indien er iets afwijkend was.

3.4.5.7 Behandeling en partnerwaarschuwing

De enige persoon die positief op chlamydia testte, gaf aan dat ze tevreden was over de verdere behandeling. De patiënt kwam op consultatie samen met vriend, waardoor deze ook uitleg kreeg. Het antibioticaschema en de verdere uitleg en bloedafname waren duidelijk.

3.4.5.8 Mening omtrent het onderzoek en jaarlijkse risicoanalyse

Alle twaalf geïnterviewde patiënten gaven aan dat ze het een belangrijk onderwerp vonden en vonden het goed dat hun huisarts dit bevraagt. Velen gaven aan dat ze nog niet veel wisten over chlamydia en dat dit onderzoek hun kennis vergroot, waardoor ze bewuster werden gemaakt over het risico op SOA's. Bij navraag wat ze bedoelden met bewuster, gaven velen als antwoord dat ze het in hun achterhoofd zouden houden bij het volgende seksuele contact. Velen vermeldden dat er nog een groot taboe op dit onderwerp rust en dat hierover niet wordt gepraat met vrienden of familie. Eén persoon gaf aan dat ze af en toe wel met vrienden hierover praatte maar dat de informatie rond chlamydia niet volledig duidelijk was. Een andere persoon gaf als enige aan dat ze geen taboe meer ervaarde omtrent SOA's.

De personen met een vaste relatie, vonden de studie nuttig, maar de meningen waren verdeeld of het bij hen nuttig is om een jaarlijkse vragenlijst te overlopen. Sommigen gaven aan dat het zinloos was, anderen vonden het toch goed om enerzijds het taboe rond SOA's te doorbreken en anderzijds om toch voldoende snel bij een infectie te zijn (indien zijzelf of hun partner toch wisselend seksueel contact heeft).

Zoals reeds hierboven beschreven gaven sommige mensen hun twijfels aan over het onderzoek. Anderen waren dan weer zeer positief over de risicoanalyse. Eén persoon gaf aan dat ze had gedacht dat haar risico laag was, maar uiteindelijk toch een verhoogd risico had, wat ze nooit zonder de vragenlijst zou hebben geweten. Een andere persoon zei dat ze niet wist welke symptomen konden samengaan met een chlamydia-infectie en zei dat ze nu sneller zou stilstaan bij deze klachten.

De meningen of de vragenlijst schriftelijk of mondeling zou moeten verlopen, waren zeer divers. Ongeveer een derde gaf aan dat het hen niet uitmaakte of het schriftelijk of mondeling verliep. Allen gaven als reden op dat ze een goede band met hun huisarts hadden of dat ze geen schroom voelden om over hun seksueel gedrag te praten. Eén persoon gaf aan dat ze het liefst mondeling ondervraagd werd omdat ze sommige vragen moeilijk vond om te beantwoorden en ze vond dat de arts dit beter kon inschatten. Ze voelde geen barrière om over haar seksueel gedrag te praten met de huisarts. Ongeveer de helft zei dat ze de schriftelijke afname prefereerde om uiteenlopende redenen. Zo zeiden sommigen dat het voor hen als een drempel aanvoelde om seksueel gedrag, zeker bij risicogedrag, te bespreken. Een schriftelijke afname verlaagde voor hen de drempel hierover te spreken. Twee andere personen vonden de schriftelijke afname goed omdat ze voldoende tijd hadden om over hun antwoorden rustig na te denken. Eén persoon gaf aan dat ze het een goede manier vond omdat het tijdbesparend voor ons is.

4 Discussie

4.1 Algemene bemerkingen

Één van de 40 deelnemende personen is positief getest op chlamydia, wat neerkomt op een prevalentie van 2,5% (95% BI: -2,44; 7,43), indien men ervan uitgaat dat de personen zonder verhoogd risico geen chlamydia infectie hadden. Zoals reeds vooraf besproken is de prevalentie binnen Vlaanderen en/of België nog niet gekend. Onze prevalentie ligt wel lager dan de prevalentie berekend uit de meta-analyse van Redmond et al. met een gewogen gemiddelde van 3,6% voor Europese en andere hoge inkomenslanden. (15) Ondanks dat dit een te kleine populatie is om een conclusie uit te trekken –zoals men ook uit het betrouwbaarheidsinterval kan afleiden-, is er een mogelijkheid dat de prevalentie in Lede (gemeente met +/- 18.000 inwoners) lager ligt dan in meer stedelijke gebieden. Dit bleek uit de studie van Van Bergen et al. reeds het geval te zijn voor Nederland, waarbij de prevalentie in rurale gebieden significant lager was dan in sterk verstedelijkte gebieden. (43) Er waren 12 personen met een verhoogd risico, waarvan uiteindelijk 10 personen een wisser afnamen. Van deze 10 personen was één persoon positief was. Tien procent van de personen met een verhoogd risico zal uiteindelijk dus chlamydia positief zijn.

In onze studie waren 10 van de 12 personen met een verhoogd risico ouder dan 25 jaar. Desondanks raadt de Europese en Amerikaanse richtlijn niet aan om jaarlijks bij ouder dan 25-jarigen nog te screenen. (4, 19) De Domus Medica richtlijn daarentegen raadt opportunistische screening aan tot en met 35 jaar. Dit valt ook te verdedigen als men de incidentiecijfers bekijkt van België en Vlaanderen, met een nog steeds hoge incidentie in deze leeftijdsgroep van 25 tot en met 34 jaar. Ook ziet men in onze studie dat deze leeftijdsgroep nog steeds seksueel risicogedrag heeft. Vier van de in totaal 29 personen ouder dan 25 jaar die deelnamen aan deze studie, hadden seksueel risicogedrag (13,8%). Men kan dus stellen dat het seksueel gedrag niet afhankelijk is van de leeftijdsklasse. Dit is dan ook een extra motivatie om te screenen bij plus vijfentwintigers.

Uit de enquête blijkt dat de studie de deelnemers meer bewust maakt omtrent het risico op chlamydia. Alle geïnterviewden, zowel deze met een verhoogd als deze met een niet-verhoogd risico waren positief over hun deelname aan de studie. Men kan de folder dus als primaire preventie, een vorm van gezondheidspromotie door verhoging van het bewustzijn, beschouwen. De verhoging van het bewustzijn lijdt dan wel tot een grotere intentie om veiliger seksueel gedrag te vertonen, maar leidt nog niet meteen tot ander gedrag. Het zou zeker zinvol zijn om in komende onderzoeken na te gaan of het seksueel gedrag effectief beïnvloed wordt door deze informatie.

In dit praktijkverbeterproject werd geprobeerd de barrières opgesomd door Yeung et al. te verkleinen. Voor patiënten werden als voornaamste barrière angst voor veroordeling, gebrek aan kennis en kostprijs voor de test en de consultatie beschreven. (7) Deze barrières hebben we kunnen verlagen door als arts zelf het onderwerp SOA aan te snijden waardoor het stigma verkleint. Geen enkele van de geïnterviewde personen gaven aan het moeilijk te hebben te spreken over hun seksueel gedrag met de huisarts, hoewel sommigen toch aangaven dat een schriftelijke vragenlijst de drempel verlaagde om hun seksueel gedrag te bespreken met de huisarts. Er rust nog steeds een zekere taboe op het onderwerp SOA te bespreken. Uit de enquête bleek ook dat er slecht zelden over SOA's wordt gepraat tussen vrienden en familieleden.

Daarnaast hebben we aan de hand van de folder, de kennis vergroot. De test wordt terugbetaald indien risicofactoren aanwezig zijn en aangezien ze voor een ander probleem op consultatie komen, kregen ze deze risicostratificatie er "gratis" bij.

Voor de huisarts was de voornaamste barrière het gebrek aan tijd en de bijkomende werkbelasting. (7) Via het invoeren van de folder en de risicostratificatie, wordt deze barrière omzeild. Toch bemerkt men dat het voorstel tot deelname het snelst vergeten werd op de drukste dagen. Een andere opgesomde barrière was het gebrek aan kennis rond de voordelen van screening, staalafname, risicofactoren, epidemiologie en het gebrek aan duidelijke richtlijnen voor het verder beleid. (7) Deze barrières konden we onmiddellijk in onze praktijk verkleinen nadat ik met mijn praktijkopleider samen de Domus Medica richtlijn en de literatuur wat verder doorliep. Dit weerspiegelt zich ook in de frequentie van screening voor en na de start van het literatuuronderzoek. De laatste barrière is de angst hun patiënten te beledigen bij het voorstel van screening. (7, 35) Deze barrière werd eenmaal aangegeven door mijn praktijkopleider, bij een consultatie van een dochter in aanwezigheid van de vader uit een zeer gesloten gezin. Toch kan men mijn inziens dit als huisarts wel kaderen, als men erbij vertelt dat bij iedereen van deze leeftijdscategorie de vragenlijst eens wordt aangeboden. Men moet ook in rekening brengen dat het mogelijk over incest kan gaan, waarbij men de dochter best op confidentiële wijze benadert.

Een barrière niet opgesomd door Yeung et al. maar dat wel specifiek is voor ons praktijkverbeterproject is dat sommige personen te ziek zijn om deel te nemen aan het onderzoek. Dit is een nadeel van de studie. Een mogelijke oplossing is in dit geval de informatieve folder, de vragenlijst en de vaginale wisser mee te geven aan de patiënt om na de ziekte-episode in te vullen en terug te brengen. Hierbij bestaat terug het risico om vergeten deel te nemen of om vergeten de vragenlijst of wisser terug te brengen.

4.2 Opportunistisch versus systematisch screenen

Als men de resultaten in totaliteit bekijkt, merkt men dat van alle personen aan wie een voorstel tot deelname gedaan werd, er niemand weigerde. Dit komt neer op een participatieratio van 100%. De participatieratio in de studie van Van Den Broeck et al. waarbij de personen schriftelijk werden uitgenodigd door de overheid (dit is een bevolkingsonderzoek), bedroeg 16.1% in het eerste jaar. (26) Men kan dan ook uitgaan dat onze manier van screenen, namelijk opportunistische screening, een betere tool is om mensen te motiveren tot deelname dan de systematische screening.

Dit kan met meerdere factoren te maken hebben. Enerzijds worden de patiënten mondeling uitgenodigd, waarbij extra informatie kan gevraagd worden. Zo werd in onze studie gevraagd naar relevantie voor specifieke doelgroepen zoals zwangere vrouwen en personen met een lesbische seksuele voorkeur. Een andere mogelijke reden voor het hoge participatieratio, is dat de uitnodiging voor deelname aan de studie komt van de huisarts, in plaats van een verre onpersoonlijke structuur. Men kan ervan uitgaan dat de huisarts vertrouwen inboezemt. Gelijkaardige gunstige participatieratio ziet men in de studie van Bally et al. waarbij men in 2 Zwitserse Kantons alle personen (mannen en vrouwen) die langskwamen in een gezondheidscentrum voor eender welk probleem, een voorstel tot screening van Chlamydia trachomatis deden. De proefpersonen kregen een schriftelijke uitleg omtrent chlamydia en een toestemmingsformulier. In deze studie bedroeg de participatieratio 85%. (44)

De vraag stelt zich of we met de opportunistische screening niet teveel mensen missen, voornamelijk diegene die zich niet presenteren binnen de huisartspraktijk. Op de korte periode van 8 weken hebben we 40 van de 147 patiënten met GMD reeds kunnen uitnodigen. Negen personen zijn we vergeten uitnodigen, dus hadden we een opportuniteit om 49 mensen uit te nodigen in acht weken tijd, wat ongeveer een derde van de populatie met GMD is.

Zoals reeds eerder beschreven, merkt men in de recentste systematische review omtrent effectiviteit van chlamydiascreening van Low et al. op, dat de resultaten van de lopende studies rond opportunistische screening moeten worden afgewacht alvorens een uitspraak rond effectiviteit te kunnen doen. (29) Toch zijn deze resultaten veelbelovend. Het is mijn inziens dan ook zeker zinvol om dit onderzoek in meerdere huisartsenpraktijken te herhalen, met meerdere rondes, zoals bijvoorbeeld een jaarlijkse herhaling.

4.3 Sterktes en zwaktes van het praktijkverbeterproject

De grootste sterkte van dit onderzoek is het bekomen van een haalbare strategie binnen de huisartspraktijk om aan chlamydia screening te doen en dit met een zeer kleine moeite. Deze methode is weinig tijdsintensief, omdat de patiënt zelf aan het werk wordt gezet zowel voor zijn risico in te schatten als voor de wisser af te nemen. Uit het onderzoek bleek dat de brochure duidelijk genoeg was om zonder problemen de vragenlijst in te vullen. Ze verhoogde de angst op SOA's niet maar droeg deze vergrote kennis net bij tot bewustwording. De folder voor de afname van de wisser was duidelijk voor de patiënten, wat eveneens een tijdswinst voor de arts betekent. Daarnaast wordt deze methode door de patiënten zeer goed onthaald, ook bij de personen die een vaste relatie hebben. Het is een strategie die men in het medisch programma als jaarlijkse herinnering zou kunnen invoeren (zoals uitstrijkjes 3-jaarlijks), waarbij men alle patiënten het gehele jaar door screent. Ook heeft men via de risicostratificatie een grotere kans (naar schatting 10%) opdat een afgenomen wisser positief zal zijn. Dit zal motiverend werken voor de arts om de opportunistische screening te blijven implementeren, wat een sterkte is voor een blijvende verandering in de praktijk.

De hoge participatieratio, de bewustmaking omtrent SOA's en het verlagen van de barrières zowel voor arts als patiënt zijn eveneens belangrijke sterktes van dit praktijkverbeterproject. Deze kwamen reeds aan bod in paragraaf 4.1. Een andere belangrijke sterkte is het openen van dialoog omtrent SOA's zodat patiënten beter weten dat ze ook voor seksuele problemen bij de huisarts terecht kunnen.

Sinds kort (voorjaar 2017) is de Domus Medica richtlijn rond Chlamydia trachomatis in herziening. Waarin de nieuwe versie zal verschillen ten opzichte van de huidige versie, is voorlopig nog een vraag. Echter kunnen we wel reeds stellen dat deze masterproef een zekere evidentie aantoont tot opportunistische chlamydia screening in de huisartspraktijk. Dit praktijkverbeterproject zou kunnen geïmplementeerd worden in de richtlijn, als haalbare strategie om aan opportunistische screening te doen.

Een nadeel van deze studie is dat we eerst de patiënten moesten informeren en toestemming moesten vragen om aan dit onderzoek deel te nemen, waardoor we enkel de patiënten bereikten die op dat moment consulteerden en niet zozeer de risicogroep. In de toekomst, kan men wel een bredere

patiëntengroep motiveren, door deze vragenlijst het gehele jaar uit te voeren zodat men ook patiënten kan includeren die zeer zelden hun huisarts consulteren.

Ondanks uit de enquête blijkt dat niemand problemen aangaf bij de berekening van het risico, had toch één van de veertig personen een verkeerde berekening gemaakt. Het zou in de toekomst dan ook goed zijn om deze resultaten te controleren, wat op verschillende manieren kan uitgevoerd worden.

Enerzijds kan men als arts de berekening nakijken op eventuele fouten. Dit kan op het moment zelf, nadat de patiënt heeft gebeld dat de berekening is ingevuld. Het voordeel van deze strategie is dat men onmiddellijk op fouten kan ingrijpen en bij een verhoogd risico meteen kan testen. Het nadeel van deze strategie is dat de anonimiteit van de vragenlijst verdwijnt. Eventueel kan dit storend zijn voor sommige personen indien ze hun seksueel gedrag liever wat meer "verborgen" houden voor de arts. Ook kan hierdoor de vragenlijst niet altijd even eerlijk ingevuld worden. Wij kozen voor deze strategie nadat we de fout in de berekening hadden ontdekt. Geen enkele geïnterviewde gaf hier spontaan moeilijkheden bij aan. Een andere optie is de vragenlijst achteraf te bekijken en de patiënten op te bellen die een verkeerde berekening gemaakt hebben. Dit heeft als voordeel dat het minder confronterend ervaren kan worden door de patiënt omdat de seksuele voorkeur apart wordt overlopen. Een nadeel bij deze strategie is dat je de patiënten niet onmiddellijk een staal kan meegeven. Ze moeten het staal al eerst komen ophalen, wat een barrière kan zijn om het dan ook effectief uit te voeren. Geen van beiden zijn dus optimaal.

Anderzijds kan men de risicostratificatie elektronisch laten doorgaan, waarbij het programma zelf de berekening maakt waardoor onmogelijk nog fouten kunnen gebeuren. Het voordeel aan deze strategie is dat de patiënten zich niet gecontroleerd voelen door hun arts. Als nadeel kan men de kostprijs voor de ontwikkeling van zo een programma aanhalen. Ook de kostprijs van de hardware (bv iPad, computer, etc.) moet in rekening worden gebracht. Dit zou men kunnen voorkomen door een link of app te ontwikkelen dat ze zelf op smartphone kunnen invullen en waarbij de resultaten naar de huisarts worden doorgestuurd. Men zou de link ook kunnen koppelen aan de website van de huisartsenpraktijk, zodat ook patiënten die niet op consultatie komen, ook kunnen deelnemen aan het onderzoek. Dit zorgt daarentegen voor een grotere werkbelasting voor de huisarts.

Daarnaast kan men uit de enquête afleiden dat de vragenlijst niet altijd even duidelijk was. Het zou dan ook zinvol zijn bij herhaling van het onderzoek een extra keuzemogelijkheid in te voeren voor de mensen die twijfelen. Een voorbeeld hiervan is een extra antwoord zoals "ik begrijp deze vraag niet (volledig)". Voornamelijk bij de vraag omtrent intermenstrueel bloedverlies bestond er zeer veel twijfel. Dit tussentijds bloedverlies moet beter gedefinieerd worden.

Het zou ook goed zijn om vooraf na te gaan of patiënt reeds seksueel contact heeft gehad, aangezien het anders zinloos is om de vragenlijst te overlopen. Dit bleek duidelijk uit de enquête, waarbij één persoon twijfelde of ze risico zou hebben ondanks ze nog nooit seksuele betrekkingen had gehad. Het lijkt mij wel zinvol de patiënten initieel te laten deelnemen, aangezien men hen kan bewustmaken rond SOA's. Concreet zou men de folder kunnen meegeven, en na de eerste vraag omtrent leeftijd, een vraag toevoegen of men ooit al seksueel contact (zowel oraal, anaal als vaginaal) heeft gehad. Men kan dan een alinea maken met "Indien u hier 'ja' hebt op geantwoord, gelieve onderstaande vragen in te vullen.

Indien u ‘nee’ antwoordde, is er geen kans op een chlamydiabesmetting en kan u onmiddellijk contact opnemen met de arts, zoals afgesproken.”. Een andere optie is dit als arts op voorhand bevragen en indien er nog geen seksueel contact is geweest, de patiënten niet laten deelnemen aan het onderzoek maar de folder wel meegeven. Men kan zich afvragen of de patiënten de folder dan met evenveel interesse zullen lezen, aangezien ze weten dat dit toch niet toepasselijk is voor hen persoonlijk. Mijns inziens lijkt de eerste strategie dan ook zinvoller en draagt deze meer bij tot de bewustmaking.

Sommige patiënten geven ook aan dat ze de risico-inschatting niet volledig vertrouwen. Sommigen vonden vragenlijst te kort om een correcte inschatting van hun risico te maken. Anderen gaven aan dat ze niet begrepen waarom men vanaf 1 punt reeds risico loopt. De keuze van de vragenlijst en de voor- en nadelen hiervan, werd reeds uitgebreid besproken in paragraaf “3.3. De keuze van de vragenlijst”. Men kan wel bemerken dat deze vragenlijst op consensus is gebaseerd en niet uit grootschalig onderzoek op risicofactoren in Belgische en of Vlaamse populatie. Om over een betere risicostratificatie te beschikken, zou men in enkele steden en gemeentes verdeeld over België en/ of Vlaanderen, de gehele populatie die zich aanmeldt in de huisartspraktijk, standaard moeten screenen op chlamydia en zowel hun demografische gegevens als hun seksueel gedrag nagaan. Zo zou men een optimale risicostratificatie bekomen en daarnaast ook gegevens omtrent prevalentie van chlamydia in België en/of Vlaanderen beschikken.

Een andere bemerking waarbij men rekening moet houden in de toekomst is dat weinig mensen zelf hun arts opbellen voor hun resultaat. Het is dan ook zeer belangrijk om de telefoonnummers telkens goed te laten noteren en de resultaten zelf te op te volgen, zodanig dat men bij een positief resultaat zelf de persoon kan opbellen. Daarnaast moet er duidelijk op een vast afgesproken plaats in het dossier genoteerd worden indien er nog opnieuw moet worden getest op Syfillis, HIV en Hepatitis B. Indien dit niet gebeurt, bestaat er een grote kans dat het vergeten wordt.

4.4 Wat te doen met zwangere vrouwen?

Uit de vragen vooraf en de enquête bleek er een grote verwarring te ontstaan bij zwangere en postnatale vrouwen. Twee personen beschreven eenmalig een innestelingsbloeding en hadden postnataal geen klachten meer. Een andere vrouw beschreef in de eerste week van het puerperium nog wat bloedverlies te hebben gehad, maar had momenteel geen klachten meer. Men kan zich afvragen of hierbij screening moet aanbevolen worden, aangezien het bij beiden ging om een perfect verlopen zwangerschap en bevalling van een gezond kindje. De term “intermenstrueel bloedverlies” is hier ook minder van toepassing aangezien men het bloedverlies perfect kan verklaren door de zwangerschap. Men moet dan ook bij de vragenlijst ingevuld door de zwangere of pas bevallen vrouw persoonlijk nog eens navragen wat ze juist bedoelen met het intermenstrueel bloedverlies en in welke periode dit voorviel. Als het gaat over intermenstrueel bloedverlies voor de zwangerschap of na het puerperium, zou men zeker moeten overgaan tot screening. Indien het lijkt te gaan over een innestelingsbloeding of bloedverlies in het puerperium, kan men overleggen met de patiënt aan wat zij de voorkeur uitdraagt. Hier stonden beide personen zeer weigerachtig ten opzichte van screening, waardoor we uiteindelijk niet screende.

Er kwam ook een vraag van een zwangere vrouw of hiervoor niet automatisch werd gescreend bij de gynaecoloog aan het begin van haar zwangerschap. De Domus Medica richtlijn "Zwangerschapsbegeleiding" raadt een routinescreening van chlamydia bij zwangere vrouwen af, wegens het gebrek aan kwalitatief bewijs dat screening en behandeling van chlamydia effectief zwangerschapscomplicaties verlaagt. De Domus Medica richtlijn raadt als alternatief een snelle identificatie en behandeling bij de neonaat aan. (42) De NICE richtlijn ontraadt ook routinematig screenen bij chlamydia, wegens identieke redenen als de Domus Medica richtlijn. Hierbij wordt echter de kanttekening gemaakt om alle zwangere vrouwen jonger dan 25 jaar, bij de eerste consultatie in te lichten over de hoge incidentie van chlamydia in deze leeftijdsgroep en de adresgegevens van lokale plaatsen waar ze zich gratis kunnen testen meegegeven. (45)

Men kan zich afvragen of het ontbreken van kwalitatieve goede evidentie omdat het onvoldoende onderzocht is (afwezigheid van evidentie door afwezigheid van onderzoek), gelijk staat met het bewijs dat het niet effectief is om te screenen bij zwangere vrouwen. Mijn inziens kan men zowel het routinematig screenen als het routinematig niet screenen bij zwangere vrouwen verdedigen. Routinescreening is verdedigbaar wegens de hoge incidentie in de leeftijdsgroep tussen 15 en 35 jaar, de meest vruchtbare periode van een vrouw. Daarnaast zijn er belangrijke zwangerschapscomplicaties die chlamydia met zich kan meebrengen. Er bestaat ook beperkt bewijs dat behandeling van een chlamydia infectie tijdens de zwangerschap effectief is in het reduceren van PROM, vroeggeboorte en laag geboortegewicht. Deze studie zijn echter niet van goede kwaliteit. Er bestaat geen bewijs dat screening en behandeling het aantal chlamydia geïnduceerde conjunctivitis en pneumonie kan doen dalen. (45) Het ontraden van routinescreening is kostenbeperkend voor de maatschappij, wat kan bijdragen tot het niet screenen bij zwangere vrouwen. Desondanks mag men de kostprijs van zwangerschapscomplicaties niet uit het oog verliezen. Er is dus nood aan een onderbouwd bewijs omtrent de (kosten)effectiviteit van chlamydiascreening bij zwangere vrouwen. In tussentijd lijkt het mij zinvol om deze screening toch routinematig op te nemen in de Domus Medica richtlijn.

Het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, treedt deze opinie dan ook bij in het rapport van 2014. Men raadt aan om het prenatale zorgpad, waarbij men screent op Syfilis en HIV, uit te breiden met een screening naar chlamydia en gonorroe wegens het frequent asymptomatisch verloop en de mogelijke perinatale overdracht op de baby. (5)

5 Conclusie

Deze studie toont een veelbelovend resultaat voor opportunistische screening binnen de huisartspraktijk. Uit de enquête bleken alle personen dit een zinvol onderzoek te vinden, dat zorgde voor het bewustmaken rond SOA's en het verbreken van taboes. Daarnaast hebben we één persoon kunnen opsporen en behandelen, waardoor mogelijke complicaties vermeden konden worden. Via het invoeren van een vragenlijst werkt men tijdbesparend voor de huisarts, waardoor het evidenter wordt om aan opportunistische screening te doen. Verder onderzoek is ook noodzakelijk of het routinematig chlamydiascreening bij zwangere vrouwen effectief is om een betere zwangerschapsuitkomst te verkrijgen. Aangezien er momenteel onvoldoende bewijs hierover bestaat, kan men het standaard screenen noch aanraden, noch ontraden.

6 Referentie

1. Maes V CF, Crucitti T. . Surveillance van Seksueel overdraagbare aandoeningen 2002-2015. Nationale en regionale gegevens afkomstig van het netwerk van laboratoria voor microbiologie en van het Nationale Referentiecentrum. Tussentijds rapport. Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, december 2016.
2. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. Background review for the '2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections'. Int J STD AIDS. 2015.
3. A. SGA-G. ECDC surveillance report: sexually transmitted infections in Europe 2013. Stockholm: ECDC; 2015. 2015.
4. Lanjouw E, Ouburg S, de Vries HJ, Stary A, Radcliffe K, Unemo M. 2015 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS. 2015.
5. Seksueel Overdraagbare Aandoeningen bij de Algemene Bevolking, Gegevens van 2013 voor België en de 3 Regio's, WIV-ISP, Brussel, november 2014.
6. Jamil MS, Hocking JS, Bauer HM, Ali H, Wand H, Smith K, et al. Home-based chlamydia and gonorrhoea screening: a systematic review of strategies and outcomes. BMC Public Health. 2013;13:189.
7. Yeung A, Temple-Smith M, Fairley C, Hocking J. Narrative review of the barriers and facilitators to chlamydia testing in general practice. Australian journal of primary health. 2015;21(2):139-47.
8. Thumas M. Chlamydiascreening: Hoe de patiënten bereiken die echt risico lopen?
9. Sachse K, Bavoil PM, Kaltenboeck B, Stephens RS, Kuo C-C, Rosselló-Móra R, et al. Emendation of the family Chlamydiaceae: proposal of a single genus, Chlamydia, to include all currently recognized species. Systematic and applied microbiology. 2015;38(2):99-103.
10. Martin-Iguacel R, Llibre JM, Nielsen H, Heras E, Matas L, Lugo R, et al. Lymphogranuloma venereum proctocolitis: a silent endemic disease in men who have sex with men in industrialised countries. European journal of clinical microbiology & infectious diseases : official publication of the European Society of Clinical Microbiology. 2010;29(8):917-25.
11. Lane AB, Decker CF. Chlamydia trachomatis infections. Disease-a-month : DM. 2016;62(8):269-73.
12. Muyldermans G, Ducoffre G, Leroy M, Dupont Y, Quolin S. Surveillance of Infectious Diseases by the Sentinel Laboratory Network in Belgium: 30 Years of Continuous Improvement. PloS one. 2016;11(8):e0160429.
13. Berger N, Muyldermans G, Dupont Y, Quoilin S. Assessing the sensitivity and representativeness of the Belgian Sentinel Network of Laboratories using test reimbursement data. Archives of Public Health. 2016;74(1):29.
14. Verbrugge R MM, Crucitti T. Chlamydia trachomatis-infecties: trends en feiten bij 15- tot 34-jarigen in Vlaanderen, 2007-2012. 2014.
15. Redmond SM, Alexander-Kisslig K, Woodhall SC, Van Den Broek IVF, Van Bergen J, Ward H, et al. Genital chlamydia prevalence in Europe and Non-European high income countries: Systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2015;10(1).
16. Molano M, Meijer CJ, Weiderpass E, Arslan A, Posso H, Franceschi S, et al. The natural course of Chlamydia trachomatis infection in asymptomatic Colombian women: a 5-year follow-up study. The Journal of infectious diseases. 2005;191(6):907-16.
17. Akande V, Turner C, Horner P, Horne A, Pacey A. Impact of Chlamydia trachomatis in the reproductive setting: British Fertility Society Guidelines for practice. Human fertility (Cambridge, England). 2010;13(3):115-25.
18. Simon EM, April MD. Fitz-Hugh-Curtis Syndrome. The Journal of emergency medicine. 2016;50(4):e197-8.
19. Prevention. CfDCa. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64(No RR-3): 1-137. 2015.
20. Herzog SA, Heijne JC, Althaus CL, Low N. Describing the progression from Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae to pelvic inflammatory disease: systematic review of mathematical modeling studies. Sexually transmitted diseases. 2012;39(8):628-37.
21. Verhoeven V. AD, Peremans L., Ieven M., Coenen S. Actieve opsporing van chlamydia trachomatis in de huisartspraktijk. 2004.
22. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. WHO Guidelines for the Treatment of Chlamydia trachomatis. Geneva: World Health Organization. Copyright (c) World Health Organization 2016.; 2016.
23. BAPCOC. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk. Editie 2012. 2012.
24. Control. ECfDPa. Guidance on chlamydia control in Europe. 2015.
25. Mangione-Smith R, O'Leary J, McGlynn EA. Health and cost-benefits of chlamydia screening in young women. Sex Transm Dis. 1999;26(6):309-16.
26. van den Broek IV, van Bergen JE, Brouwers EE, Fennema JS, Gotz HM, Hoebe CJ, et al. Effectiveness of yearly, register based screening for chlamydia in the Netherlands: controlled trial with randomised stepped wedge implementation. BMJ. 2012;345:e4316.

27. Hengel B, Jamil MS, Mein JK, Maher L, Kaldor JM, Guy RJ. Outreach for chlamydia and gonorrhoea screening: a systematic review of strategies and outcomes. BMC Public Health. 2013;13:1040.
28. Low N, Bender N, Nartey L, Shang A, Stephenson JM. Effectiveness of chlamydia screening: systematic review. Int J Epidemiol. 2009;38(2):435-48.
29. Low N, Redmond S, Uuskula A, van Bergen J, Ward H, Andersen B, et al. Screening for genital chlamydia infection. Cochrane Database Syst Rev. 2016;9:CD010866.
30. Tielen Linde VV. Implementatie van de Domus Medica aanbeveling 'actieve opsporing van Chlamydia trachomatis' in de huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterend project. . 2015.
31. Sara GAPDW. Kwaliteitsbevorderend project: Implementeren van de domus medica richtlijn 'Actieve opsporing van chlamydia trachomatis' in de huisartspraktijk'. . 2014.
32. Noortje VAN BOURGOGNIE PDDA. Een vragenlijst om het SOA-risico in te schatten: hoe reageren patiënten in een multiculturele praktijk. 2009.
33. Low N, McCarthy A, Macleod J, Salisbury C, Campbell R, Roberts TE, et al. Epidemiological, social, diagnostic and economic evaluation of population screening for genital chlamydial infection. Health technology assessment (Winchester, England). 2007;11(8):iii-iv, ix-xii, 1-165.
34. Paudyal P, Llewellyn C, Lau J, Mahmud M, Smith H. Obtaining self-samples to diagnose curable sexually transmitted infections: a systematic review of patients' experiences. PloS one. 2015;10(4):e0124310.
35. McNulty CA, Freeman E, Bowen J, Shefras J, Fenton KA. Barriers to opportunistic chlamydia testing in primary care. Br J Gen Pract. 2004;54(504):508-14.
36. Verhoeven V. Opvolgrapport. Actieve opsporing van Chlamydia trachomatis in de huisartsenpraktijk. 2013.
37. Gaydos CA, Jett-Goheen M, Barnes M, Dize L, Barnes P, Hsieh YH. Use of a risk quiz to predict infection for sexually transmitted infections: A retrospective analysis of acceptability and positivity. Sexually Transmitted Infections. 2016;92(1):44-8.
38. Falasinnu T, Gilbert M, Gustafson P, Shoveller J. Deriving and validating a risk estimation tool for screening asymptomatic chlamydia and gonorrhea. Sexually Transmitted Diseases. 2014;41(12):706-12.
39. Gotz HM, van Bergen JE, Veldhuijzen IK, Broer J, Hoebe CJ, Steyerberg EW, et al. A prediction rule for selective screening of Chlamydia trachomatis infection. Sex Transm Infect. 2005;81(1):24-30.
40. Wand H, Guy R, Donovan B, McNulty A. Developing and validating a risk scoring tool for chlamydia infection among sexual health clinic attendees in Australia: a simple algorithm to identify those at high risk of chlamydia infection. BMJ Open. 2011;1(1):e000005.
41. Van Bergen JEAM DJ, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, Bouma M, Verlee E. NHG richtlijn: het SOA-consult. Huisarts Wet 2013;56(9):450-463. 2013.
42. Dekker N GR, Neirinckx J, Seuntjens L, Smets K Domus Medica: zwangerschapsbegeleiding. 2015.
43. van Bergen J, Gotz HM, Richardus JH, Hoebe CJ, Broer J, Coenen AJ. Prevalence of urogenital Chlamydia trachomatis increases significantly with level of urbanisation and suggests targeted screening approaches: results from the first national population based study in the Netherlands. Sex Transm Infect. 2005;81(1):17-23.
44. Bally F, Quach A, Greub G, Jaton K, Petignat C, Ambord C, et al. Opportunistic testing for urogenital infection with Chlamydia trachomatis in south-western Switzerland, 2012: a feasibility study. Euro Surveill. 2015;20(9).
45. Women's NCCf, Health Cs. Antenatal care. 2008.
46. Malhotra M, Sood S, Mukherjee A, Muralidhar S, Bala M. Genital Chlamydia trachomatis: An update. Indian Journal of Medical Research. 2013;138:303-16.
47. Gyselaers W JP, Ahmadzai N, Ansari MT, Carville S, Dworzynski K, Gaudet L, Glen J, Jones K, Miller P, Tetzlaff J M, Alexander S, Allegaert K, Beeckman K, Ceysens G, Christiane Y, De Ronne N, de Thysebaert B, Dekker N, Denys A, Eeckeleers P, Hernandez A, Mathieu E, Seuntjens L, Verleye L, Stordeur S. Welke onderzoeken zijn aanbevolen bij een zwangerschap? – Synthese. Good Clinical Practice (GCP) Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 248As D/2015/10273/55. 2015.

7 Bijlagen

Bijlage 1: goedkeuring ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

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

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

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

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 69 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2016/0371	02-mei-16	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Een risico-stratificatie voor chlamydia-screening bij 18-35 jarige vrouwen. (MaNaMa Nele Souffriau)

Belgisch Registratienummer: B670201628105

* Antwoord onderzoekers via mail Dr. Nele Souffriau dd. 29/04/2016 op opmerkingen EC dd. 15/03/2016
* Adviesaanvraagformulier (versie 2 dd. 12/04/2016)
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (bijlagen 1 en 2) (versie 2 dd. 12/04/2016)
* Diverse
  - Folder Chlamydia (bijlage 3) (versie 2 dd. 12/04/2016)
  - Toestemming Prof. Avonts 1
  - Toestemming Prof. Avonts 2
* Vragenlijsten
  Risico-inschatting Chlamydia (bijlage 4) (versie 2 dd. 12/04/2016)

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 29/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 29/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

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

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 29/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 29/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/05/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/05/2016

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0371

- *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

Bijlage 2: protocol

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

EEN RISICO-STRATIFICATIE VOOR CHLAMYDIA-SCREENING BIJ 18-35 JARIGE VROUWEN

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

PROMOTOR

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

CO-PROMOTOR

- NAAM: DE MUNTER GREET
- FUNCTIE: PRAKTIJKOPLEIDER
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: DOKTERSMOLENPAD
- TELEFOONNUMMER: 053 80 16 87
- HUISARTSGENEESKUNDE E-MAIL: GREETDEMUNTER@HOTMAIL.COM

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

- NAAM: SOUFFRIAU NELE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UGENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0491 255 402
- E-MAIL: NELESOUFFRIAU@GMAIL.COM

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

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DE MUNTER GREET
- ADRES: HOOGSTRAAT 29B01
- TELEFOONNUMMER: 053 80 16 87
- E-MAIL: GREETDEMUNTER@HOTMAIL.COM
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): SOLOPRAKTIJK MET HAIO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

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

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

- START ONDERZOEK: 01/03/2016 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- 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: VAN 01/09/2014 TOT EN MET 31/08/2015

❑ 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,…
  - ❑ VRAGENLIJST MET RISICOSTRATIFICATIE

TEN EERSTE GA IK NAGAAN HOEVEEL ER AAN CHLAMYDIASCREENING BIJ 18 TOT 35 JARIGE VROUWEN, GEBEURDE IN MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK TUSSEN 1 SEPTEMBER 2014 EN 31 AUGUSTUS 2015, DIT IS DE PERIODE VOOR IK STARTTE MET MIJN OPLEIDING EN HIERBIJ HEBBEN WE DUS HET BESTE BEELD VAN DE ZOGEZEGDE "NULSTATUS" IN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK. HET BESPREKEN VAN DE STANDAARD ROND CHLAMYDIASCREENING MET MIJN PRAKTIJKOPLEIDER, WAS AL VOLDOENDE OM MEER AAN CHLAMYDIASCREENING TE DOEN. DIT IS DUS HET RETROSPECTIEF GEDEELTE VAN DEZE MASTERPROEF.

VERVOLGENS GA IK AAN ALLE VROUWELIJKE PATIËNTEN TUSSEN 18 EN 35 JAAR DIE CONSULTEREN IN ONZE HUISARTSPRAKTIJK TUSSEN EEN BEPAALDE PERIODE VOOR EENDER WELK GEZONDHEIDSPROBLEEM, TOESTEMMING VRAGEN OF ZE WILLEN MEEDOEN AAN DE STUDIE EN BEZORG IK HEN EEN INFORMATIEFORMULIER (ZIE BIJLAGE 2.1). ZO JA, GEEF IK HEN HET TOESTEMMINGSFORMULIER (ZIE BIJLAGE 2.2.), WAARIN ZE ZICH AKKOORD VERKLAREN OM MEE TE DOEN EN IK HUN GEGEVENS MAG VERWERKEN IN DEZE STUDIE.

VERVOLGENS KRIJGEN ZE EEN FOLDER MET UITLEG ROND CHLAMYDIA. (ZIE BIJLAGE 2.3) OP DEZE FOLDER ZAL OP DE ACHTERKANT ENKELE VRAGEN OMTRENT DE RISICO-INSCHATTING STAAN. (ZIE BIJLAGE 2.4) DEZE VRAGENLIJST IS GEBASEERD OP DE DOMUS MEDICA AANBEVELING. (21) OP HET EINDE VAN DE VRAGENLIJST, KUNNEN ZE ZELF HUN RISICO BEPALEN. INDIEN ER EEN VERGROOT RISICO BLIJKT, DAN KUNNEN ZE ZELF EEN VAGINAAL STAALTJE AFNEMEN OM TE KIJKEN OF ER EEN INFECTIE AANWEZIG IS. INDIEN DIT AANWEZIG ZOU ZIJN, KUNNEN DE PATIËNTEN KOSTELOOS BIJ ONS TERECHT VOOR DE BEHANDELING. INDIEN ER GEEN VERGROOT RISICO BLIJKT, DAN DEPONEREN ZE DE VRAGENLIJST IN DE BRIEVENBUS DIE ANONIEM VERWERKT WORDT.

ZEER CONCREET VERLOOPT DE STUDIE ALS VOLGT:
- WE NODIGEN IEDERE VROUWELIJKE PATIËNT TUSSEN 18 EN 35 JAAR UIT VOOR DEELNAME.
- WE GEVEN IEDEREEN DIE ZICH AKKOORD VERKLAARD, DE FOLDER MET INFORMATIE EN VRAGENLIJST MEE, SAMEN MET EEN TESTKIT. DEZE TESTKIT BEVAT UITLEG HOE DE PATIËNT HET STAAL CORRECT MOET AFNEMEN, EEN AANVRAAGBLAD MET DAAROP EEN KLEVER VAN DE MUTUALITEIT VAN DE PATIËNT EN HET PREPARAAT TER STAALAFNAME ZELF.
- WE LATEN DE PATIËNT IN EEN RUSTIGE RUIMTE MET TAFEL EN STOEL, DE VRAGENLIJST INVULLEN EN ZIJN RISICO BEREKENEN.
- IN GEVAL VAN EEN NORMAAL RISICO, DEPONEERT ZIJ DE FOLDER SAMEN MET DE ONGEOPENDE TESTKIT IN DE BRIEVENBUS DIE OOK STAAT IN DE RUSTIGE RUIMTE.
- IN GEVAL VAN EEN VERHOOGD RISICO, KAN ZIJ DE TEST-KIT ONMIDDELLIJK OP HET PATIËNTENTOILET AFNEMEN. NA 7 DAGEN IS DE UITSLAG GEKEND EN NEMEN WIJ TELEFONISCH CONTACT MET U OP MET VERDER UITLEG. ZO POSITIEF, WORDT HEN AANGERADEN OM GRATIS OP CONSULTATIE TE KOMEN VOOR EXTRA UITLEG OMTRENT CHLAMYDIA EN PARTNERWAARSCHUWING, EXTRA TESTEN OP SOA'S EN VOORSCHRIFT TER BEHANDELING.

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.

CHLAMYDIA IS DE MEEST VOORKOMENDE SOA IN BELGIË. MEN VERMOEDT DAT BINNEN EUROPA DE PREVALENTIE BIJ 18 TOT 26 JARIGEN SCHOMMELT TUSSEN 3 EN 5,3 PROCENT BIJ VROUWEN EN TUSSEN 2,4 EN 7,3 PROCENT BIJ MANNEN. (15) DE INCIDENTIE IN 2013 BEDROEG IN DE VERENIGDE STATEN 446,6 GEVALLEN PER 100 000 PERSONEN. IN 2013 WERDEN 384.555 GEVALLEN VAN CHLAMYDIA INFECTIE GERAPPORTEERD IN 26 EUROPESE LIDSTATEN. DIT STAAT GELIJK AAN EEN INCIDENTIE PER JAAR VAN 182 GEVALLEN PER 100 000 PERSONEN. CHLAMYDIA WERD VAKER GERAPPORTEERD BIJ VROUWEN DAN BIJ MANNEN, RESPECTIEVELIJK 207 VERSUS 153 PER 100 000 PERSONEN. DE ECHTE INCIDENTIE LIGT WAARSCHIJNLIJK NOG HOGER, GEZIEN DE ASYMPTOMATISCHE AARD VAN DE INFECTIE. (3)

BIJ 70 TOT 80 PROCENT VAN DE VROUWEN EN 50 PROCENT VAN DE MANNEN IS ER EEN INFECTIE AANWEZIG ZONDER ENIGE KLACHTEN, MEN SPREEKT HIER VAN EEN ASYMPTOMATISCH VERLOOP. CHLAMYDIA KAN BIJ VROUWEN OP LANGE TERMIJN COMPLICATIES GEVEN ALS ONVRUCHTBAARHEID (3% VAN DE GEÏNFECTEERDE VROUWEN), EXTRA-UTERIENE ZWANGERSCHAP, GROTER RISICO OP HIV- EN ANDERE SOA-INFECTIES EN SPECIFIEK VOOR ZWANGERE VROUWEN EEN SLECHTERE UITKOMST BIJ BEVALLING. (46) MEN KAN CHLAMYDIA DUS ALS EEN BELANGRIJK GEZONDHEIDSPROBLEEM BESCHOUWEN, WAARVOOR HET GOED ZOU ZIJN OM DE PERSONEN MET EEN ASYMPTOMATISCHE INFECTIE TE KUNNEN DETECTEREN EN TE BEHANDELEN MET ANTIBIOTICA OM BOVEN GENOEMDE COMPLICATIES TE VERMIJDEN.

SINDS ENKELE JAREN KAN MEN SCREENEN OP EERSTE-STRAALS-URINE OF OP ZELF-AFGENOMEN VAGINALE SWAB, VIA EEN NIEUWE TECHNIEK MET GOEDE SENSITIVITEIT EN SPECIFICITEIT. DE BELGISCHE DOMUS MEDICA RICHTLIJN RAADT AAN OM TE SCREENEN BIJ ASYMPTOMATISCHE RISICOGROEPEN, NAMELIJK BIJ VROUWEN JONGER DAN 35 JAAR MET EEN NIEUWE PARTNER IN DE LAATSTE 6 MAANDEN OF MEER DAN 1 PARTNER IN HET LAATSTE JAAR EN BIJ VROUWEN MET EEN GEPLANDE ZWANGERSCHAPSONDERBREKING. (4) DESONDANKS WORDT ER IN MIJN OPLEIDINGSPRAKTIJK NOG NIET OPPORTUNISTISCH GESCREEND. WERELDWIJD SLAAGT MEN VIA OPPORTUNISTISCHE SCREENING IN DE EERSTE LIJN, ER NIET IN EEN HOGE DEKKINGSGRAAD TE GARANDEREN BIJ PERSONEN DIE CONSULTEREN VOOR NIET SEKSUELE GEZONDHEIDSPROBLEMEN. ENERZIJDS KAN DIT VEROORZAAKT WORDEN DOOR BARRIÈRES DIE DE HUISARTS AANVOELT OMWILLE VAN HET GEBREK AAN KENNIS, ANGST VOOR DE PATIËNT TE SCHOFFEREN, TIJDSGEBREK, GEBREK AAN HERINNERING EN MOEILIJKE PARTNERWAARSCHUWING. ANDERZIJDS IS DE LAGE CONSULTATIEGRAAD BIJ DE ASYMPTOMATISCHE RISICOGROEPEN EEN MOGELIJKE OORZAAK. (6)

MEN KAN ZICH DAN OOK AFVRAGEN HOE MEN DEZE OPPORTUNISTISCHE SCREENING IN DE EERSTE LIJN BETER KAN LATEN VERLOPEN. HOE KAN MEN DE RISICOGROEP BETER BEREIKEN, ONDANKS DEZE ZICH NIET PRESENTEERT IN DE WACHTZAAL? UIT VOORAFGAANDE MASTERPROEF BLEEK DAT HET OPHANGEN VAN EEN POSTER, EEN OPROEPBRIEF OF CASE-FINDING SLECHTS EEN KLEINE BIJDRAGE DEDEN AAN HET AANTAL GESCREENDE PATIËNTEN. EEN EFFICIËNTERE MANIER VOOR SCREENING IS DAN OOK AAN DE ORDE. (8)

IN DEZE MASTERPROEF WORDT DAN OOK GEFOCUST OP EEN NIEUWE MANIER OM PATIËNTEN UIT TE NODIGEN OM DEEL TE NEMEN AAN DE CHLAMYDIASCREENING, NAMELIJK VIA RISICOANALYSE MET HET MEEGEVEN VAN EEN FOLDER WAARBIJ DE PATIËNTEN ZELF HUN RISICO KUNNEN BEREKENEN. DIT MET ALS DOEL OM BOVENGAANDE BARRIÈRES TE VERMIJDEN.

DEZE STUDIE WORDT VOORNAMELIJK UITGEVOERD OM TE BEKIJKEN OF RISICOANALYSE VIA EEN FOLDER, EEN GOEDE MANIER IS OM OPPORTUNISTISCHE SCREENING BINNEN DE HUISARTSPRAKTIJK TE STIMULEREN. HET NADEEL VAN DEZE STUDIE IS DAT WE EERST DE PATIËNTEN MOETEN INFORMEREN EN TOESTEMMING MOETEN VRAGEN OM AAN DIT ONDERZOEK DEEL TE NEMEN, WAARDOOR WE ENKEL DE PATIËNTEN ZULLEN BEREIKEN DIE OP DAT MOMENT CONSULTEREN EN NIET ZOZEER DE RISICOGROEP. IN DE TOEKOMST, INDIEN DIT ONDERZOEKSOPZET ENIG NUT BEWIJST, KAN MEN WEL EEN BREDERE PATIËNTENGROEP MOTIVEREN, DOOR MIDDEL VAN DIT HET GEHELE JAAR UIT TE VOEREN ZODAT MEN OOK PATIËNTEN KAN INCLUDEREN DIE ZEER ZELDZAAM BIJ HUN HUISARTS CONSULTEREN.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH

DIT ONDERZOEK IS DIAGNOSTISCH, NAMELIJK VIA EEN RISICOSTRATIFICATIE OP ZOEK GAAN NAAR PERSONEN MET EEN CHLAMYDIA-INFECTIE. INDIEN DE PATIËNTEN EEN VERHOOGD RISICO HEBBEN, KUNNEN ZE HUN LATEN SCREENEN VIA EEN VAGINALE SWAB ZELF AFGENOMEN. DIT WORDT DOOR HET RIZIV VOLLEDIG TERUGBETAALD (TERUGBETALINGSCRITERIA: SCREENEN BIJ DE PERSONEN POSITIEF GETEST WORDEN OP CHLAMYDIA, KUNNEN ZE GRATIS OP CONSULTATIE KOMEN VOOR EXTRA UITLEG IN VERBAND MET CHLAMYDIA EN PARTNERWAARSCHUWING EN VOOR EEN CORRECTE BEHANDELING. DIT IS DE THERAPEUTISCHE ZIJDE VAN HET ONDERZOEK, WAT NIET ECHT HET DOEL IS VAN DEZE STUDIE, MAAR HET ZOU NIET ETHISCH ZIJN OM DE PROEFPERSONEN NIET TE BEHANDELEN.

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- ❑ NEE

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

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN) UGENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   - ❑ **JA**
   - ❑ NEEN

   PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   - ❑ **JA**

❑ NEEN

HET GAAT OVER VROUWEN TUSSEN 18 EN 35 JAAR, WAT DE VRUCHTBARE PERIODE VAN EEN VROUW IS EN WAARBIJ VELE VROUWEN EEN KINDERWENS KOESTEREN. ZWANGERE VROUWEN MOGEN OOK DEELNEMEN AAN HET ONDERZOEK. DE KCE RICHTLIJN IN ZAKE ONDERZOEKEN BIJ EEN ZWANGERSCHAP RAADT GEEN STANDAARD SCREENING NAAR CHLAMYDIA AAN. ER WORDT ECHTER WEL AANGERADEN OM TE SCREENEN BIJ RISICOFACTOREN. (47) AANGEZIEN EEN ASYMPTOMATISCHE CHLAMYDIA-INFECTIE EEN ROL SPEELT OP DE ZWANGERSCHAPSUITKOMST, ZOU HET ETHISCH NIET VERANTWOORD ZIJN OM VROUWEN DIE ZWANGER ZIJN UIT TE SLUITEN.

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 30 - 50

D. LEEFTIJD : TUSSEN 18 EN 35 JAAR

E. GESLACHT : VROUW

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD?
ALLE VROUWELIJKE PATIËNTEN TUSSEN 18 EN 35 JAAR DIE CONSULTEREN IN ONZE HUISARTSPRAKTIJK TUSSEN EEN BEPAALDE PERIODE VOOR EENDER WELK GEZONDHEIDSPROBLEEM EEN FOLDER MET UITLEG ROND CHLAMYDIA MEE TE GEVEN. OP DEZE FOLDER ZAL OP DE ACHTERKANT EEN VRAGENLIJST STAAN, WAARBIJ ZE HUN EIGEN RISICO KUNNEN BEREKENEN.

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

DE BEHANDELENDE ARTS VRAAGT AAN DE PATIËNT TOESTEMMING OM DEELNAME AAN HET PROJECT TE OVERWEGEN.
INDIEN DEZE AKKOORD ZIJN, WORDT IN EEN VERVOLGCONSULTATIE GEVRAAGD OF WE EEN FOLDER MEE MOGEN GEVEN. OP DEZE FOLDER STAAT DUIDELIJKE INFORMATIE OMTRENT CHLAMYDIA EN WAAROM SCREENEN BELANGRIJK IS. ACHTERAAN STAAT EEN VRAGENLIJST VOOR EEN RISICO-INSCHATTING EN EEN FORMULE OM HUN RISICO TE BEREKENEN.

ZO NEEN, WAAROM NIET ? NIET VAN TOEPASSING
WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?
JA
❑ NEEN
❑ NIET VAN TOEPASSINGZO JA, DOOR WIE ? …
ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEE

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN, 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 ?

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: ZIE BIJLAGE 2.1
❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? NIET VAN TOEPASSING

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

- ❑ JA: ZIE BIJLAGE 2.2
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? NIET VAN TOEPASSING.

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 ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?
EEN SOORTGELIJKE STUDIE-OPZET GEBEURDE IN NEDERLAND, GEORGANISEERD OM NA TE GAAN OF DIT WENSELIJK WAS ALS MODEL TE KIEZEN VOOR SYSTEMATISCHE SCREENING. IN AMSTERDAM EN ROTTERDAM EN ZUID-LIMBURG KREGEN PERSONEN TUSSEN DE 18 EN 29 JAAR EEN UITNODIGINGSBRIEF. DE PERSONEN VAN AMSTERDAM EN ROTTERDAM KONDEN ONMIDDELLIJK EEN STAAL AANVRAGEN EN KONDEN ONLINE EEN VRAGENLIJST NAAR EIGEN KEUZE INVULLEN. DE PERSONEN IN ZUID-LIMBURG ECHTER MOESTEN EERST EEN RISICO-INSCHATTING ONLINE DOORLOPEN EN KONDEN ENKEL EEN TESTKIT BESTELLEN INDIEN HET RISICO HOOG GENOEG WERD INGESCHAT. DEZE PROCEDURE WERD DRIE JAAR LANG DOORLOPEN. ONDANKS MEN GEEN STATISTISCH SIGNIFICANTE AFNAME VAN CHLAMYDIA-POSITIVITEIT KON WAARNEMEN IN ALLE ONDERZOCHTE REGIO'S, ZAG MEN IN ZUID-LIMBURG WEL EEN VERSCHIL VAN 1 PROCENT MET DE CONTROLEGROEP (3,1% VS. 4,1%). SIGNIFICANTIE KON ECHTER NIET BEPAALD WORDEN WEGENS DE LAGE DEELNAME. (26) ONDANKS EEN SOORTGELIJK STUDIE-OPZET, ZIJN ER TOCH ENKELE VERSCHILLEN TE BEMERKEN.
DE PATIËNTEN KUNNEN ONMIDDELLIJK HET FORMULIER INVULLEN, ZONDER EERST EEN COMPUTER TE ZOEKEN OM DE LINK IN TE GEVEN. DE PATIËNTEN MET EEN VERHOOGD RISICO HEBBEN OOK DIRECTE TOEGANG VOOR HET AFNEMEN VAN EEN STAAL EN DIT ONMIDDELLIJK TE DEPONEREN. DEZE TWEE PRAKTISCHE ZAKEN, MAAKT HET VEEL GEMAKKELIJKER VOOR DE PATIËNT OM DEEL TE NEMEN AAN DE STUDIE, IN TEGENSTELLING TOT BOVENGENOEMDE STUDIE WAAR ER ALTIJD EEN KANS BESTAAT DAT ZE NIET NAAR DE SITE SURFEN OF UITEINDELIJK HET TOEGEZONDEN STAAL LATEN LIGGEN OF NIET TERUG OPSTUREN.
DAARNAAST WORDT ER EEN FOLDER MET UITLEG MEEGEGEVEN DOOR DE HUISARTS IN PLAATS VAN HET WILLEKEURIG OPSTUREN NAAR MENSEN. DE PATIËNT HEEFT NORMALERWIJZE TOCH EEN VERTROUWENSBAND MET DE HUISARTS EN ZAL EERDER GENEIGD ZIJN OM DEZE INFORMATIE TE VERTROUWEN DAN ZOMAAR EEN UITNODIGINGSBRIEF IN DE BUS VAN EEN PERSOON DIE HIJ NIET KENT. MEN IS OOK ZEKER MET HET MEEGEVEN VAN EEN BRIEF, DAT DEZE BIJ DE JUISTE PERSOON TERECHT IS, IN TEGENSTELLING TOT HET OPSTUREN VAN EEN BRIEF DIE VERLOREN KAN GAAN MET DE POST, BIJ EEN VERKEERD PERSOON TERECHT KOMT EN DERGELIJK.

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

DE PATIËNTEN MET EEN CHLAMYDIA-INFECTIE WORDEN BEHANDELD EN ER WORDT AANGERADEN OM HUN SEKSUELE CONTACTEN IN TE LICHTEN. DIT GEEFT EEN ONMIDDELLIJKE GEZONDHEIDSWINST OMDAT DE KANS VERLAAGT OP EEN COMPLICATIE VAN CHLAMYDIA-INFECTIE. OOK WORDEN PATIËNTEN BEWUSTGEMAAKT EN GEËDUCEERD ROND SEKSUEEL RISICOGEDRAG.

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

DOOR DE BEWUSTMAKING VAN HET RISICO OP EEN SEKSUEEL OVERDRAAGBARE AANDOENING, ZULLEN PATIËNTEN SNELLER GENEIGD ZIJN OM NA TE DENKEN OVER HUN SEKSUEEL CONTACT. DIT KAN OP TERMIJN TWEE VOORDELEN BIEDEN. ENERZIJDS KUNNEN ZE DIT MET PEERS BESPREKEN, DIE ZICH HIERVAN OOK BEWUST WORDEN EN ZICH KUNNEN LATEN TESTEN EN EVENTUEEL BEHANDELEN. ANDERZIJDS KAN HET OOK LEIDEN TOT VEILIGER SEKSUEEL CONTACT.

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

INDIEN DIT EXPERIMENT EEN ZEKERE WINST GEEFT DOOR MEER PERSONEN MET CHLAMYDIA-INFECTIE IN DE EERSTE LIJN TE SCREENEN EN TE BEHANDELEN, KAN DIT OP TERMIJN BIJGEVOEGD WORDEN AAN HET PREVENTIEPLAN VAN DE PRAKTIJK, EN KAN MEN DIT IN ANDERE EERSTE LIJN PRAKTIJKEN OOK INVOEREN.

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 : NIET VAN TOEPASSING
- ☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT: WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : NIET VAN TOEPASSING

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)
NIET VAN TOEPASSING

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN
- ☑ JA
- ☐ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? DOKTER DE MUNTER (MIJN PRAKTIJKOPLEIDER), DOKTER SOUFFRIAU

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?
- ☑ JA
- ☐ NEEN
  INDIEN ER VRAGEN ZIJN OVER AFNAME-WIJZE, KAN DE PATIËNT STEEDS BIJ ONS AANKLOPPEN VOOR NOG EEN EXTRA DUIDELIJKE UITLEG.

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 ? DE ARTSEN VAN ONZE LOK-KRING TIJDENS DE WACHT.

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 ?

AANGEZIEN ZOALS REEDS HIERBOVEN BESCHREVEN, EEN SOORTGELIJK STUDIE-OPZET GEBEURDE, DIE TOCH EEN DALING VAN CHLAMYDIA-INFECTIE AANTOONDE, IS DIT ZEKER VERDEDIGBAAR. (26) DEZE STUDIE KON DOOR EEN BEPERKTE DEELNAME GEEN STATISCHE SIGNIFICANTIE ECHTER AANTONEN. MET DEZE STUDIE WORDT EIGENLIJK NOG MEER VOORDEEL VERWACHT, AANGEZIEN HET LANGS DE HUISARTS GEBEURT WAARBIJ MEN EEN GROTERE DEELNAME VERWACHT.
DAARNAAST IS DIT EEN GOEDE METHODE OM TOCH AAN OPPORTUNISTISCHE SCREENING IN EERSTE LIJN TE DOEN WAT VAAK NIET GEBEURD MOMENTEEL, WEGENS HET OMZEILEN VAN HET TIJDSGEBREK EN BARRIÈRES DIE DE HUISARTS ERVAART OM SEKSUEEL GEDRAG PERSOONLIJK TE BEVRAGEN.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?
- ☐ JA
- ☑ NEEN

ZO JA: NIET VAN TOEPASSING
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
- ☑ NIET VAN TOEPASSING

ZO NEEN, LEG UIT : …

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

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES
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 : VAGINALE SWAB AF TE NEMEN DOOR DE PATIËNT ZELF
F. ANDERE HET AFNEMEN VAN DE RISICO-ANALYSE IS SPECIFIEK VOOR DEZE STUDIE. DEZE WORDT UITGEVOERD BIJ ELKE VROUWELIJKE PATIËNT TUSSEN 18 EN 35 JAAR DIE ZICH AKKOORD VERKLAART OM MEE TE WERKEN AAN HET ONDERZOEK TUSSEN DE PERIODE VAN 01/03/2016 EN 31/08/2017.

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
DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM : 29/2/16
NAAM : Dr. De Munter
HANDTEKENING :

PROMOTOR
DATUM : 29/02/2016
NAAM :
HANDTEKENING : D. AVONTS

CO-PROMOTOR
DATUM : 29/2/16
NAAM : Dr. De Munter
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Bijlage 2.1. :

Informatie voor de patiënt:

Project:

Een risico-stratificatie voor chlamydia-screening bij 18-35 jarige vrouwen

Beschrijving en doel van het project.

U zal na afronding van de raadpleging, voorgesteld worden tot deelname aan de studie rond risico-inschatting voor chlamydia-screening. Dit onderzoek kadert in het behalen van mijn master-na-master in de huisartsgeneeskunde.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst in te vullen over mogelijke risicofactoren voor een infectie met chlamydia. Dit zal ongeveer vijf minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. De gegevensverzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Avonts, promotor van de masterthesis.

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet. U kunt weigeren de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere behandeling en de relatie met de behandelende artsen.

Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie biedt geen direct medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot nieuwe en meer efficiëntere methode om patiënten met risico op een chlamydia-infectie op te sporen en te behandelen.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden gecodeerd (de gegevens kunnen enkel nog door een code teruggekoppeld worden naar uw persoonlijk dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering:

Via de experimentenwet van 7/05/2004 bent u verzekerd voor de deelname aan dit onderzoek.

Bijlage 2.2.:

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van de studie: "Een risico-stratificatie voor chlamydia-screening bij 18- tot 35-jarige vrouwen".

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

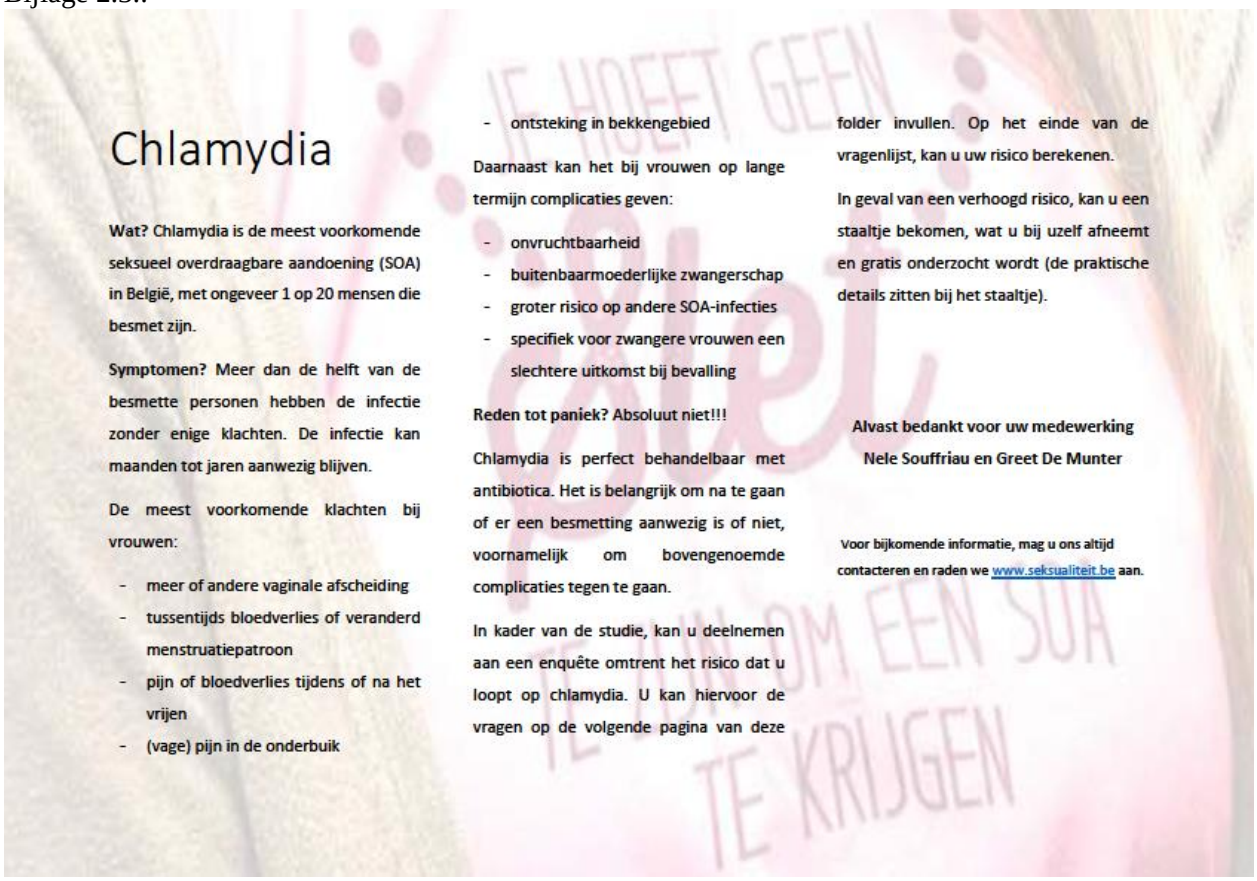
Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

Ik ben ingelicht over het feit dat ik mij op elk moment kan terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard; zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam arts/onderzoeker:	Naam Patiënt
Datum:	Datum:
Handtekening	Handtekening

Bijlage 2.3.:



Chlamydia

Wat? Chlamydia is de meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoening (SOA) in België, met ongeveer 1 op 20 mensen die besmet zijn.

Symptomen? Meer dan de helft van de besmette personen hebben de infectie zonder enige klachten. De infectie kan maanden tot jaren aanwezig blijven.

De meest voorkomende klachten bij vrouwen:

- meer of andere vaginale afscheiding
- tussentijds bloedverlies of veranderd menstruatiepatroon
- pijn of bloedverlies tijdens of na het vrijen
- (vage) pijn in de onderbuik
- ontsteking in bekkengebied

Daarnaast kan het bij vrouwen op lange termijn complicaties geven:

- onvruchtbaarheid
- buitenbaarmoederlijke zwangerschap
- groter risico op andere SOA-infecties
- specifiek voor zwangere vrouwen een slechtere uitkomst bij bevalling

Reden tot paniek? Absoluut niet!!!

Chlamydia is perfect behandelbaar met antibiotica. Het is belangrijk om na te gaan of er een besmetting aanwezig is of niet, voornamelijk om bovengenoemde complicaties tegen te gaan.

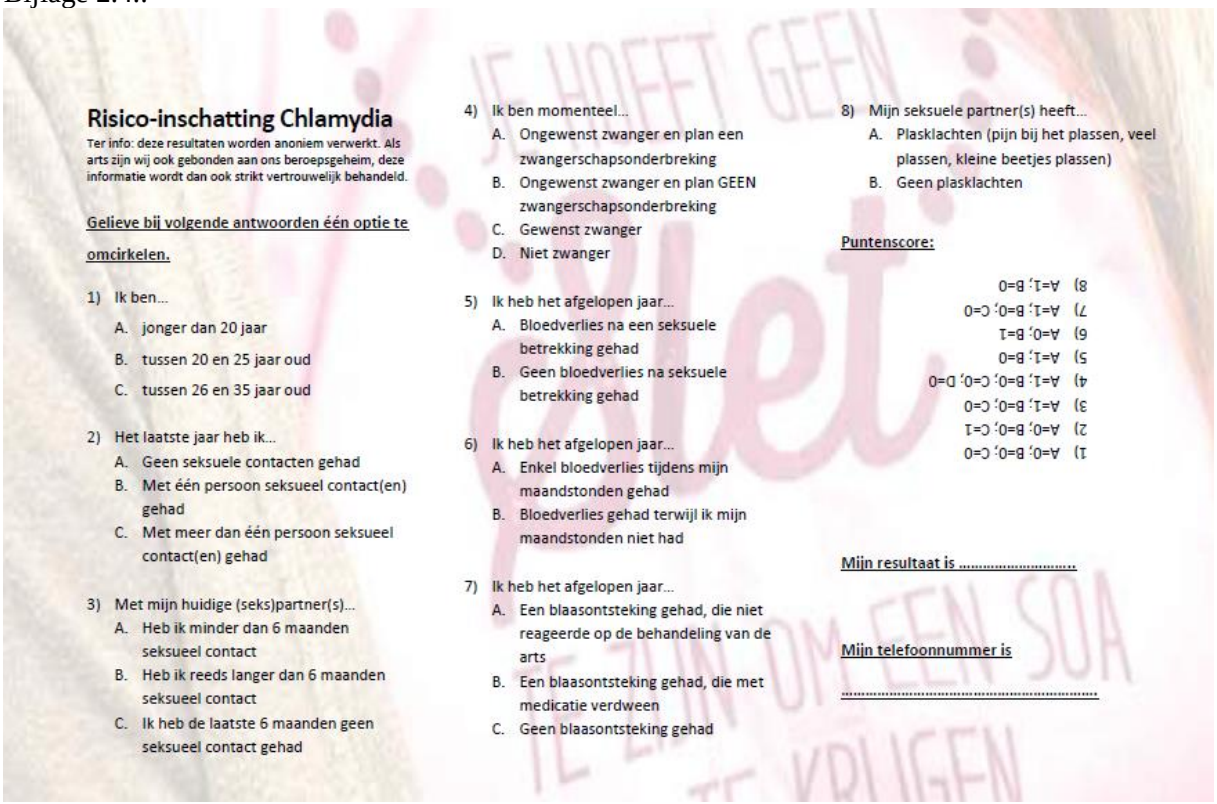
In kader van de studie, kan u deelnemen aan een enquête omtrent het risico dat u loopt op chlamydia. U kan hiervoor de vragen op de volgende pagina van deze folder invullen. Op het einde van de vragenlijst, kan u uw risico berekenen.

In geval van een verhoogd risico, kan u een staaltje bekomen, wat u bij uzelf afneemt en gratis onderzocht wordt (de praktische details zitten bij het staaltje).

Alvast bedankt voor uw medewerking
Nele Souffriau en Greet De Munter

Voor bijkomende informatie, mag u ons altijd contacteren en raden we www.seksualiteit.be aan.

Bijlage 2.4.:



Risico-inschatting Chlamydia

Ter info: deze resultaten worden anoniem verwerkt. Als arts zijn wij ook gebonden aan ons beroepsgeheim, deze informatie wordt dan ook strikt vertrouwelijk behandeld.

Gelieve bij volgende antwoorden één optie te omcirkelen.

1) Ik ben...
   A. jonger dan 20 jaar
   B. tussen 20 en 25 jaar oud
   C. tussen 26 en 35 jaar oud

2) Het laatste jaar heb ik...
   A. Geen seksuele contacten gehad
   B. Met één persoon seksueel contact(en) gehad
   C. Met meer dan één persoon seksueel contact(en) gehad

3) Met mijn huidige (seks)partner(s)...
   A. Heb ik minder dan 6 maanden seksueel contact
   B. Heb ik reeds langer dan 6 maanden seksueel contact
   C. Ik heb de laatste 6 maanden geen seksueel contact gehad

4) Ik ben momenteel...
   A. Ongewenst zwanger en plan een zwangerschapsonderbreking
   B. Ongewenst zwanger en plan GEEN zwangerschapsonderbreking
   C. Gewenst zwanger
   D. Niet zwanger

5) Ik heb het afgelopen jaar...
   A. Bloedverlies na een seksuele betrekking gehad
   B. Geen bloedverlies na seksuele betrekking gehad

6) Ik heb het afgelopen jaar...
   A. Enkel bloedverlies tijdens mijn maandstonden gehad
   B. Bloedverlies gehad terwijl ik mijn maandstonden niet had

7) Ik heb het afgelopen jaar...
   A. Een blaasontsteking gehad, die niet reageerde op de behandeling van de arts
   B. Een blaasontsteking gehad, die met medicatie verdween
   C. Geen blaasontsteking gehad

8) Mijn seksuele partner(s) heeft...
   A. Plasklachten (pijn bij het plassen, veel plassen, kleine beetjes plassen)
   B. Geen plasklachten

Puntenscore:

1) A=0; B=0; C=0
2) A=0; B=0; C=1
3) A=1; B=0; C=0
4) A=1; B=0; C=0; D=0
5) A=1; B=0
6) A=0; B=1
7) A=1; B=0; C=0
8) A=1; B=0

Mijn resultaat is .....

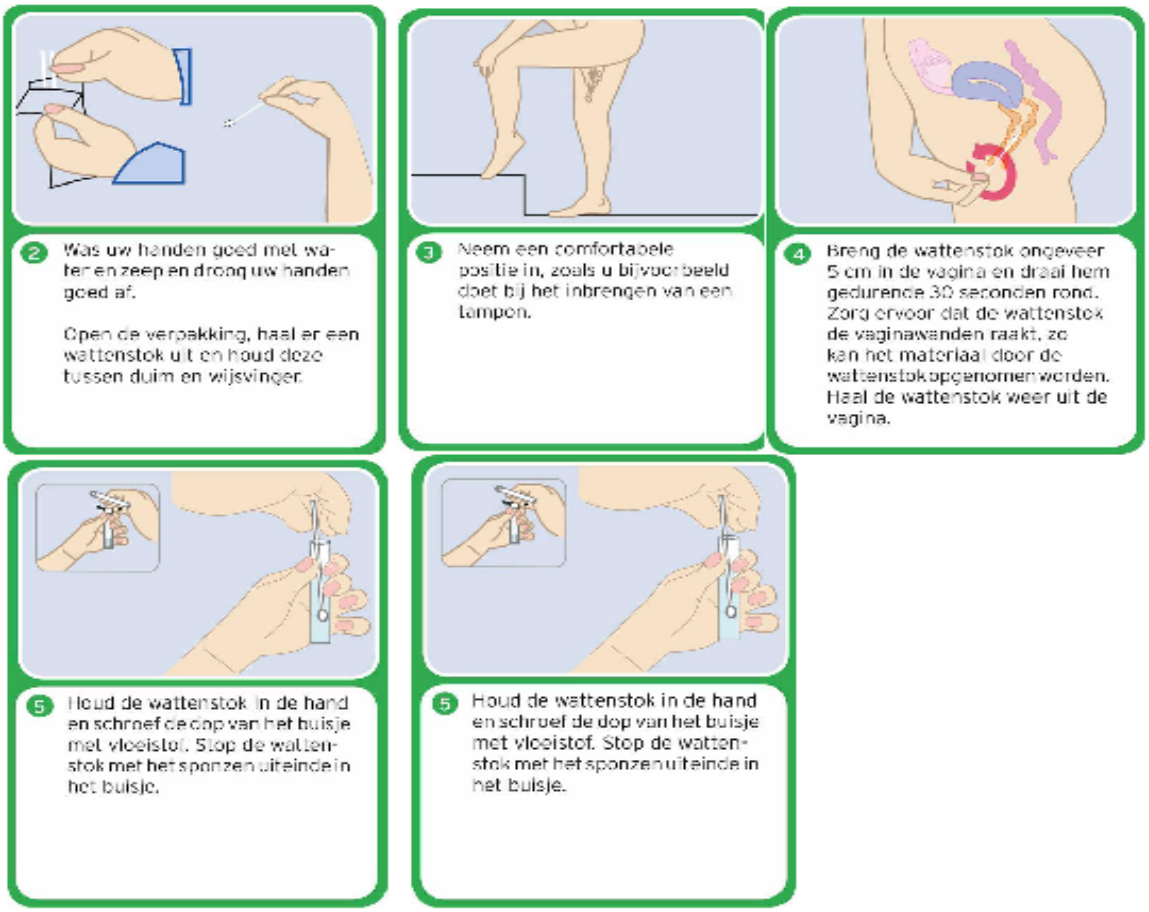
Mijn telefoonnummer is

.....

Bijlage 3: instructies voor patiënt afname wisser

HOE VAGINAAL STAALTJE AFNEMEN?

1. **Ga naar de patiëntentoilet (linker deur juist voor de wachtzaal) en neem dit blad en het zakje met de wisser in mee**



6. **Ga terug naar de ruimte van de vragenlijst**
7. **Kleef een mutualiteitsklevertje op het staaltje en steek alles samen in het bijgevoegd zakje**
8. **Deponeer in de brievenbus met Chlamydia erop, die in de ruimte van de vragenlijst staat**

Bron: www.saltrodirectlab.nl

Bijlage 4: Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?
2. Wat vond je van de vragenlijst?
3. Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?
4. Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname?
5. Wat vond je van de zelfafname zelf?
6. Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan?
7. Wat vond je van de verdere behandeling?
8. In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk.

Bijlage 5: resultaten telefonische enquête

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. *Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?* Duidelijk, ordelijk gestructureerd, geen moeilijke termen, alles begrepen, geen vergrote ongerustheid
2. *Wat vond je van de vragenlijst?* Duidelijk. Behalve de vraag van post-coïtaal bloedverlies: 1x bloedverlies na seksuele betrekking gehad tijdens zwangerschap, was eigenlijk innestelingsbloeding, moet dit ook tot positief antwoord leiden? Duidelijker verwoorden bij mensen die zwanger zijn geweest.
3. *Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?*

Had verwacht dat het niet-verhoogd was, gen verrassing.

4. *Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname? nvt*
5. *Wat vond je van de zelfafname zelf? nvt*
6. *Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan? nvt*
7. *Wat vond je van de verdere behandeling? nvt*
8. *In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk?* Niet slecht, een vragenlijst is een minder grote drempel om seksueel risico te bevragen. Wel het systeem houden zoals nu en dus niet met een vragenlijst mee naar huis te nemen omdat ik er achteraf zeker niet zou aan denken hem terug te brengen omdat ik mijn eigen risico zeer laag inschat. Ik denk dat het bij mijzelf niet zo zinvol is om jaarlijks vragenlijst af te nemen omdat ik in een monogame relatie ben.

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. *Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?* Goed uitgelegd, niet ongeruster dan voor de vragenlijst, geen onduidelijkheden.
2. *Wat vond je van de vragenlijst?* Duidelijke vragenlijst, geen moeilijke vragen, ik begreep alles
3. *Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?* Ik had verhoogd risico, maar was hierbij niet meer ongerust omdat ik had gelezen in de folder dat het te behandelen is.
4. *Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname?* Ik had dit niet nodig omdat ik het zelf al eens had gedaan. Ik heb hem wel eens nagelezen om zeker te zijn dat ik alles juist deed. Ik denk dat het zeer nuttig is voor mensen die het nog nooit gedaan hebben. Folder was voor mij ook duidelijk.
5. *Wat vond je van de zelfafname zelf?* Helemaal niet raar of moeilijk, ik had dit al eens gedaan. Ik doe dit liever zelf.
6. *Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan?* Ik had een afspraak 4 dagen later waarbij de dokter (collega) het spontaan mij heeft verteld. Moest dit niet het geval zijn geweest, had ik toch sowieso niet gebeld denk ik omdat ik ervan uitga dat indien er iets is, jullie mij wel zullen opbellen.
7. *Wat vond je van de verdere behandeling? Nvt*
8. *In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk?*Ik zou dit zeker goed vinden om jaarlijks de vragenlijst eens in te vullen. Ik vind het een goed systeem om onmiddellijk alles in te vullen en bij verhoogd risico staaltje af te nemen. Indien dit mee naar huis zou worden gegeven, zou ik dit waarschijnlijk uitstellen en niet meer uitvoeren. Of de vragenlijst nu mondeling of schriftelijk wordt overlopen maakt mij niet uit, het is voor mij geen drempel om mijn seksueel risico te bespreken.

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. *Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?*

Duidelijke info, in begrijpbare taal. Geruster door omdat ik wist dat er een behandeling voor bestond. Hiervoor dacht ik dat voor SOA's geen behandeling bestond. Ik wist nog niet dat het behandelbaar was, ondanks al veel op school erover geleerd.

2. *Wat vond je van de vragenlijst?*

Duidelijk. Geen enkele vraag was moeilijk om in te vullen. Risico berekening was ook gemakkelijk te maken.

3. *Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?*

Verhoogd risico vond ik wel verontrustend, maar het stelde mij gerust dat er een behandeling voor bestond, moest ik dit niet hebben gelezen in de folder zou ik veel ongeruster zijn. Ik was wel zeer verbaasd, ik had juist een nieuwe relatie, ik wist niet dat ik risico gedrag had.

4. *Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname?*

Dit vond ik zeker nodig. Alle stappen waren duidelijk uitgelegd, maar zonder de uitleg had ik dit niet kunnen uitvoeren.

5. *Wat vond je van de zelfafname zelf?*

Goed dat ik het zelf kon uitvoeren, in plaats van dokter die het afneemt. Met uitleg lukte dit goed en vond ik dit gemakkelijk.

6. *Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan?*

Ik werd opgebeld door jullie voor positief resultaat. Ik vond dit wel goed dat ik werd opgebeld, omdat ik niet goed wist wanneer ik moest bellen (om welk uur en datum). Ik verkies deze methode boven SMS of zelf jullie opbellen omdat ik dan concreet kan afspreken en ik meteen alle informatie heb.

7. *Wat vond je van de verdere behandeling?* Antibioticaschema was duidelijk. Ik was blij dat het goed werd opgevolgd met bloedafname en mijn partner erbij te betrekken. Ik was zeer blij dat ik met zo een behandeling genezen was.

8. *In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk?* Ja ik vind dat dit zeker moet gebeuren omdat het een zekerheid geeft naar SOA risico toe. Ik had zelf mijn risico laag ingeschat en ik zat eigenlijk fout. Met deze opvolging geeft het mij een zekerheid dat ik wel of geen risico loop en dat ik op tijd wordt behandeld. Ik verkies een vragenlijst boven een mondelinge vraag omdat ik het toch wat raar zou vinden om mijn seksueel gedrag met jullie te bespreken. Ik vond het niet lastig dat samen met mij nog eens de vragen werden overlopen om mijn score na te gaan.

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?

Zeer duidelijk, ik was er zeker niet ongeruster door. Tekst las zeer vlot, ik had hier geen vragen bij.

2. Wat vond je van de vragenlijst?

Lukte vlot om in te vullen, alle vragen waren duidelijk.

3. Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?

Ik had een niet-verhoogd risico en ik had dit verwacht. Ik zou het zeer raar hebben gevonden moest ik een verhoogd risico hebben gehad.

*4. Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname? N*vt

*5. Wat vond je van de zelfafname zelf? N*vt

*6. Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan? N*vt

*7. Wat vond je van de verdere behandeling? N*vt

8. In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk? Superhandig moest dit jaarlijks gebeuren. Ik wist niet echt veel over chlamydia infecties en de risico's hiervan. Ik wist wel dat het met risicocontact te maken had. Maar ik denk dat veel mensen niet weten welke consequenties risicocontact kan hebben. Ik vind dit een zeer goede manier van bewustmaking van de patiënten. Het maakt mij niet uit of het mondeling of schriftelijk verloopt. Misschien moest ik seksueel risicocontact hebben dat ik toch liever via de schriftelijke methode zou de vragenlijst afnemen.

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?

Folder was zeer duidelijk, ik had hier geen verdere vragen over.

2. Wat vond je van de vragenlijst?

Zeer goed, berekening was simpel en vragen waren klaar en duidelijk.

3. Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?

Ik had niet-verhoogd risico, ik had dit verwacht, ik heb een stabiele relatie.

4. Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname? nvt

5. Wat vond je van de zelfafname zelf? nvt

6. Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan? nvt

7. Wat vond je van de verdere behandeling? nvt

8. In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk? Goed moest dit jaarlijks gebeuren, ook bij mij ondanks ik mijn zelfde partner blijf behouden omdat dit een preventief onderzoek is en dat altijd bijdraagt tot de gezondheid. Daarnaast doorbreekt het misschien ook wat het taboe rond SOA's. Er is nog steeds zeer veel taboe vind ik hieromtrent, zelfs onder familie en vrienden onderling wordt hier niet over gepraat. Ik heb dit in elk geval nog nooit met iemand besproken of van iemand gehoord dat hij een SOA heeft gehad.

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?

Duidelijk, ik was er niet meer ongerust over.

2. Wat vond je van de vragenlijst?

Duidelijk, berekening verliep vlot.

3. Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?

Ik had een verhoogd risico maar ik vond dit wat absurd aangezien ik maar 1 vraag positief had beantwoord en een vaste partner heb. Ik zou het eerder begrijpen dat gescreend wordt als je een paar risicofactoren hebt. Aangezien het nog maar 1 maand geleden voor dezelfde reden was getest tijdens vaginaal onderzoek, vond ik dit onnodig om het te herhalen.

*4. Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname? N*vt

5. Wat vond je van de zelfafname zelf? Nvt

6. Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan? Nvt

7. Wat vond je van de verdere behandeling? Nvt

8. In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk?

Zeker nuttig onderzoek, behalve bij mensen zoals ik, die een vaste partner hebben. Ik begrijp dan niet goed het nut hiervan bij mensen in een monogame relatie. Toch zou ik het niet lastig vinden om het jaarlijks te doen. Enkel vind ik het jammer dat je bij een positief antwoord je al moet laten testen. Moest dit jaarlijks gebeuren, zou ik toch steeds eerlijk blijven als ik dezelfde klachten blijf hebben. Schriftelijk vind ik de beste manier, zeker omdat je alleen zat en het op je eigen tempo kon invullen, ongestoord en nog tijd had om er over na te denken.

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?

Vond ik volledig duidelijk, er waren geen moeilijke woorden ondanks dat mijn moedertaal frans is. Ik was niet meer ongerust, ik ben gewoon om aan studies deel te nemen en ik weet dat alles vermeld moet worden bij een studie omdat ik het gewoon ben om aan studies deel te nemen.

2. Wat vond je van de vragenlijst?

Duidelijk. Ik vond de risicoberekening gemakkelijk uit te voeren.

3. Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?

Ik had een verhoogd risico maar was niet ongerust. Er is geen taboe tegenwoordig meer omtrent seksueel risico en SOA's dus ik maakte er mij niet echt zorgen over. Ik ben gewoon deel te nemen aan studies en weet dat bij de minste afwijking, men geen risico mag nemen en moet screenen. Ik zou mij pas echt zorgen maken als de test op chlamydia positief is.

4. Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname?

Ik heb hem gelezen, was volledig duidelijk. Ik had het niet echt nodig maar ik kan mij voorstellen dat het bepaalde mensen het wel nodig is om erbij te steken.

5. Wat vond je van de zelfafname zelf? Ik vond dit gemakkelijk. Ik ben gewoon van tampax te gebruiken dus dan ik dit snel gebeurd. Voor mensen die dit niet gewoon zijn zal

het misschien niet zo simpel zijn. Of voor mensen met rugpijn of ouderen kan ik mij ook voorstellen dat het moeilijk is. Ik verkies de zelf afname boven de afname door een arts

6. Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan?

Ik was het eerst vergeten maar heb na 10 tal dagen toch zelf gebeld. Ik had wel verwacht dat jullie zelf zouden bellen als er iets scheelde, aangezien ik vertrouwen in mijn huisarts heb. Ik vind het wel goed dat we zelf ook nog eens konden bellen ter zekerheid.

*7. Wat vond je van de verdere behandeling? N*vt

8. In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk?

Ik zou het geen probleem vinden als dit jaarlijks gebeurd in de praktijk, ik denk dat het wel nut kan bewijzen omdat je sneller gevallen opspoort. Ik zou mij niet meer geremd voelen of het nu schriftelijk of mondeling gebeurd, maar misschien is schriftelijk beter omdat het minder tijd voor jullie in beslag zou nemen.

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?

Zeer duidelijk, zeker zaken bijgeleerd, eigenlijk wist ik er niet veel over, ondanks dat ik er wel eens iets over hoor bij vriendinnen.

2. Wat vond je van de vragenlijst?

Ik had er geen problemen mee, de vragenlijst was duidelijk en goed systeem voor de verwerking.

3. Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?

Ik had een niet-verhoogd risico, maar achteraf bekeken geeft dit mij toch geen gevoel van veiligheid en had ik mij toch liever laten testen. Misschien is het wel een gevoelige inschatting voor chlamydia maar naar mijn gevoel niet voor andere SOA's. Ik had mij zekerder gevoeld moest ik toch getest zijn geweest, ondanks ik het laatste jaar al een vaste vriend heb.

*4. Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname? N*vt

5. Wat vond je van de zelfafname zelf? Nvt

*6. Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan? N*vt

*7. Wat vond je van de verdere behandeling? N*vt

8. In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk?

Ik vind dit een zeer goed onderzoek, het is een belangrijk onderwerp. Het is goed om mensen bewust te maken omtrent de besmettelijkheid van SOA's. Ik hoor de laatste tijd hier wel vaker zaken over in de media en bij vriendinnen dus ik vond het zeker interessant. Ik zou het beter vinden moest er jaarlijks echt getest worden in de praktijk in plaats van een risico-inschatting te maken, omdat een vragenlijst nooit 100% zekerheid geeft en een test een sluitend bewijs geeft. Het maakt mij niet uit of het schriftelijk of mondeling verloopt.

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?

Ik vond het zeer duidelijk. Ik vond het goed dat de folder erbij zat, zodat je het wat meer kan kaderen. Ik wist niet welke symptomen konden wijzen op chlamydia-infectie, zoals bloedverlies. Ik wist ook niet dat je zo een groot risico had op een infectie.

2. Wat vond je van de vragenlijst?

Zeer duidelijk, berekening was ook simpel uit te voeren.

3. Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?

Ik had een niet-verhoogd risico. Het zou mij sterk hebben verbaasd moest ik een verhoogd risico hebben gehad, aangezien ik in een vaste relatie zit.

*4. Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname? N*vt

*5. Wat vond je van de zelfafname zelf? N*vt

*6. Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan? N*vt

*7. Wat vond je van de verdere behandeling? N*vt

8. In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk?

Ik vond het een zeer interessante onderzoek, ondanks ik momenteel in een vaste relatie zit en ik mijn risico laag inschat. De studie maakt je bewust van het risico van SOA's. Ik vind het zeker goed om dit onderzoek jaarlijks te herhalen, ondanks dat ik in een vaste relatie zit omdat er weinig communicatie rond SOA's bestaat, ook binnen vriendenkring. Er is zeer veel onwetendheid omtrent welke symptomen een infectie kan geven. Ook zal je misschien dat zo sneller geneigd zijn, bij wisselend seksueel contact om dit te bespreken. Ik verkies de bevraging schriftelijk omdat het toch een grotere stap is om het tegen een persoon te vertellen.

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

*1. Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?*Ik vond het zeer duidelijk. De meeste zaken wist ik reeds al van het internet, behalve het feit dat de infectie ook zonder symptomen kan verlopen wist ik niet.

2. Wat vond je van de vragenlijst? Ik had hier geen vragen bij. Het risico berekenen lukte goed, ik ben het gewoon van in de Flair.

3. Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?

Ik had een niet-verhoogd risico en dat stelde mij volledig gerust.

*4. Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname? N*vt

*5. Wat vond je van de zelfafname zelf? N*vt

*6. Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan? N*vt

*7. Wat vond je van de verdere behandeling? N*vt

8. In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk? Ik vond dit een goed onderzoek, het is toch een interessant thema waar nog niet alles over geweten is, bijvoorbeeld rond het verloop zonder klachten, en is toch belangrijk om te weten. Ik zal nu mij bewuster opstellen en bij seksueel contact ga ik deze informatie toch in mijn achterhoofd houden. Een jaarlijkse vragenlijst lijkt mij zeer zinvol als je single bent. Het zal je ook nog eens attent maken op

seksueel risico. Als ik in een vaste relatie zou zitten, zou ik toch liever niet meer deelnemen omdat het mij dan nutteloos lijkt te zijn. Of het nu schriftelijk of mondeling wordt afgenomen is voor mij hetzelfde, wel vind ik het belangrijk dat de folder ook wordt uitgelegd of meegegeven, zodat je er iets meer over weet en beter kan kaderen.

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?

Ik vond het zeer duidelijk. In het middelbaar krijg je wel eens les over SOA's maar eigenlijk wist ik hier niet meer veel over. De folder gaf duidelijke informatie in "mensentaal". Ik wist niet dat je zonder symptomen ook besmet kon zijn. Ik vind het zeer belangrijk dat je even stilstaat bij de risicofactoren en de mogelijke consequenties van onveilig seksueel contact.

2. Wat vond je van de vragenlijst? Ik vond de vraag omtrent tussentijdse bloedingen niet duidelijk. Ik heb vaak wat bruinachtig verlies niet tijdens mijn menstruatie en ik vroeg mij af of dit ook hierbinnen zou kunnen passen. Ik wist wel dat ik geen verhoogd risico kon hebben, omdat ik nog geen seksueel contact heb gehad. Moest ik nu wel al seksueel contact hebben gehad, zou ik mij hierover toch zorgen maken. Ik zou het goed vinden moest je er nog vragen bij kunnen stellen. Het risico berekenen verliep vlot.

3. Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij?

Ik had een niet-verhoogd risico, zie hierboven.

*4. Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname? N*vt

*5. Wat vond je van de zelfafname zelf? N*vt

*6. Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan? N*vt

*7. Wat vond je van de verdere behandeling? N*vt

8. In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk? Ik vond dit een goed onderzoek omdat het je bewust maakt omtrent de risico's van onveilig seksueel contact. Ook als je een verhoogd risico hebt, zal je sneller met een jaarlijks onderzoek je sneller bewust zijn van dit feit. Ik zou liefst mondeling de vragenlijst met de huisarts overlopen, omdat sommige vragen soms moeilijk te beantwoorden zijn, zoals het tussentijds bloedverlies. De huisarts kan dit dan beter inschatten. Ik zou geen problemen hebben om rond mijn seksuele partners te praten met mijn huisarts, omdat dit echt een vertrouwenspersoon voor mij is, en die alles van mij kent.

Vragenlijst omtrent welbevinden studie: telefonisch consult

1. Wat vond je van de folder met uitleg over chlamydia?

Ik was vooral enorm geschrokken van de hoeveelheid mensen besmet met chlamydia. Als je dat weet en je weet dat het vaak zonder symptomen voorkomt, dan zal ik vanaf nu twee maal nadenken alvorens ik seksueel contact zal hebben. Ik was wel wat meer ongerust door deze cijfers, maar ik had mij nog niet zo lang geleden laten testen bij de gynaecoloog dus dat stelde mij gerust. Ik vond het zeer belangrijk dat de folder erbij zat omdat je het dan beter kan kaderen.

2. Wat vond je van de vragenlijst? De vragen vond ik zeer duidelijk en de berekening was ik gewoon van de "boekjes".

3. Verhoogd risico/ niet-verhoogd: hoe voelde je erbij? Ik had een niet-verhoogd risico. Als ik mij niet had laten testen bij gynaecoloog, had ik mij zeker niet gerust gevoeld. Ik vond het raar dat je op zo weinig vragen een inschatting van het risico kon maken. Ik vond dat er te weinig risicofactoren in rekening waren genomen. Het geeft mij een onveilig gevoel omdat je niet 100% zeker bent dat je niet besmet bent.

*4. Wat vond je van de folder met uitleg van de zelfafname? N*vt

*5. Wat vond je van de zelfafname zelf? N*vt

*6. Heb je zelf opgebeld voor het resultaat te weten? Waarom wel of niet? Wat vond je hiervan? N*vt

*7. Wat vond je van de verdere behandeling? N*vt

8. In zijn geheel bekeken: hoe vond je dit onderzoek? Wat zou je ervan vinden moest dit standaard, jaarlijks gebeuren in de praktijk?

Ik vind het een positieve zaak om dit in de huisartsenpraktijk te laten doorgaan, aangezien je echt wordt wakker geschud omtrent het risico en als je een risico loopt dat je er toch op tijd bij bent. Ik verkies het schriftelijk invullen omdat je dan meer tijd heb om over de vragen na te denken dan bij een mondelinge afname. Ik zou het goed vinden moest we de vragenlijst naar huis kunnen meenemen omdat je dan meer tijd hebt om erover na te denken en je eerlijker zal antwoorden aangezien er toch veel taboe op het onderwerp rust