Sexual history taking among GPs and GP trainees

Saliha Hamici, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. dr. Veronique Verhoeven, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Prof. dr. Chris Kenyon, Instituut voor Tropische Geneeskunde

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Inhoudstafel

1. **Abstract** – Nederlands

2. **Abstract** – English

3. **Artikel**

4. **Dankwoord**

5. **Bijlagen**

    5.1. Vragenlijst huisartsen
    5.2. Goedgekeurd protocol en gunstig advies Ethisch Comité

1. **Abstract –** Nederlands

Inleiding
Informatie omtrent seksuele gezondheid wordt voornamelijk gezocht in de eerstelijnszorg, bijgevolg is de mate waarin huisartsen een seksuele anamnese uitvoeren belangrijk. Het aantal geregistreerde seksueel overdraagbare infecties (SOIs) stijgt, echter studies tonen aan dat de kwaliteit van het SOI-consult vrij laag is en dat er frequent onvoldoende informatie wordt gegeven aan de patiënt.

Vraagstelling
1. Hoe vaak wordt een seksuele anamnese uitgevoerd en in welke omstandigheden? Welke componenten van het SOI-consult worden nagevraagd?
2. Welke barrières ondervinden huisartsen om een SOI-consult uit te voeren?
3. Zijn er beïnvloedende factoren bij de huisarts zoals; leeftijd, geslacht, type praktijk, lokalisatie van de praktijk en de frequentie van de uitgevoerde SOI-consultaties in de dagelijkse praktijk?

Methode
De vragenlijst werd gedurende de periode augustus 2016 – februari 2017 verspreid onder huisartsen en huisartsen in opleiding, actief in Vlaanderen. Er werden 177 ingevulde enquêtes teruggestuurd. De enquête bestond uit zes hypothetische klinische casussen. De respondenten beantwoordden of zij al dan niet een seksuele anamnese zouden uitvoeren en of zij de verschillende componenten van het SOI-consult zouden bevragen zijnde; aantal partners, het hebben van een nieuwe partner recent, seksuele geaardheid, voorgeschiedenis van een SOI, type van seksuele contacten (oraal, vaginaal of anaal), gebruik van een condoom en of de partner van de patiënt andere seksuele partners heeft. De huisartsen gaven ook aan in welke barrières zij zich konden herkennen om geen seksuele anamnese uit te voeren.

Resultaten
Een meerderheid van 95% van de respondenten vroeg altijd na of de patiënt al dan niet seksueel actief was, wanneer de patiënt uitdrukkelijk een SOI-test vraagt. Echter, slechts 23,5 - 81,3% hebben steeds de overige componenten van de seksuele anamnese bevraagd. Indien de aanmeldingsklacht gerelateerd was, voerde slechts één vijfde van de respondenten een seksuele anamnese uit. Vergelijkbare percentages werden gezien bij de andere componenten van het SOI-consult. De patiënten met een zeer groot risico op SOIs (Mannen die seks hebben met mannen (MSM) en patiënten afkomstig uit SOI endemische gebieden) blijken niet voldoende gekend door huisartsen, aangezien minder dan 20% steeds een seksuele anamnese uitvoert bij deze groepen en bijgevolg worden de andere componenten ook zelden bevraagd. Slechts 1,2% van de huisartsen vraagt naar de seksuele activiteit bij een eerste bezoek. Huisartsen die frequenter SOI-consulten uitvoeren in de praktijk, lijken deze meer adequaat uit te voeren. Huisartsen in opleiding (25 jaar of jonger) verrichten hun seksuele anamnese minder gedetailleerd dan hun oudere collega's tussen 39 en 50 jaar.

Conclusie
De kwaliteit van het SOI-consult bij huisartsen en huisartsen in opleiding is vrij laag. Veel huisartsen lijken onvoldoende informatie te verzamelen en de algemene vraag of de patiënt seksueel actief is of niet, is niet genoeg. Het routinematig uitvoeren van een seksuele anamnese of als onderdeel van een preventie consult wordt zelden waargenomen, dit omdat huisartsen nog steeds verschillende barrières ervaren. Meer inspanningen zijn nodig om seksuele gezondheid in de opleiding van huisartsen te beklemtonen.

Trefwoorden seksuele anamnese – eerstelijnszorg – huisarts – barrière – SOI-consult

2. **Abstract** – English

Background
Information regarding sexual health is mainly sought in primary healthcare, therefore the extent to which general practitioners (GPs) take sexual histories is important. The number of registered sexually transmitted infections (STIs) is rising, but the quality of sexual history is rather low and counselling about STIs is rarely performed and often insufficient.

Research question
1. How often is a sexual history taken and in which circumstances? Which components of the sexual history are being asked?
2. Which are the main barriers to complete a sexual history?
3. Are there influencing factors such as; age, gender, type of practice, geographical location of practice and frequency of STI consultation?

Methods
One hundred and seventy-seven GPs and GP trainees from Flanders filled out the survey, send during August 2016 until February 2017. The survey consisted out of six hypothetical clinical cases. Respondents answered whether they asked about sexual activity and if they would ask about the following components of a correct sexual history such as number of partners, having a new partner recently, sexual orientation, STI history, type of sexual practices (oral, vaginal or anal), use of condom and patient's partner other sexual contacts. Respondents also mentioned which barriers they experience for not implementing a sexual history.

Results
A majority of 95% of respondents always asked about sexual activity when the patient explicit requests a STI test. However, much smaller proportions (23.5 – 81.3%) always asked about other components of a sexual history. Only one fifth of the population asked about sexual activity when it was relevant to the chief complaint and similar percentages were seen with other components. The high risk groups for STIs (Men who have sex with men (MSM) and origin from STI endemic areas) seem not well known by GPs, because less than 20% would always perform a sexual history and consequently all other components are seldom asked as well. Only 1.2% would perform a sexual history on an initial medical visit. GPs who perform STI consultations more frequently seem to perform sexual histories more adequately. Younger GPs (25 years or younger) perform their sexual histories less complete than their older colleagues aged between 39 and 50 years.

Conclusion
The quality of sexual history taking is rather low. Many GPs appear not to collect enough information and the general question whether the patient is sexually active or not, is just not sufficient. Performing a sexual history as part of routine or prevention is less common, because GPs still experience too many barriers. More efforts are needed to highlight sexual health in the education and training programmes of GPs and GP trainees.

Key words sexual history – primary care – general practitioner – barrier – STI consult

3. **Artikel**

Sexual history taking among GPs and GP trainees.

S. Hamici, V. Verhoeven, C. Kenyon

Introduction

Sexually transmitted infections (STIs) remain important causes of infertility, pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy and neonatal morbidity worldwide. (1) Moreover the number of registered STI's is rising, both in Belgium and Europe. Many STIs are asymptomatic, but highly infectious, which makes a preventive approach necessary, in order to obtain an early detection. (2–5)

Information regarding sexual health is mainly sought in primary healthcare, due to the accessible character of the general practitioner (GP). However, the number of registered STI diagnoses by screening is the lowest at the GP (15%) compared to other professions (gynaecologist 60%, family planning centres 70%, STI-clinics 60%). (4,6) After all, 78% of the Belgian population visit their GP at least once a year. (7)

Many guidelines indicate how to perform a correct and complete sexual history to identify a patient's risk of STIs. (8–10) Unfortunately only half of GPs inquire information about the sexual activity of their patients. Including a sexual history as part of a prevention consultation appears to be on of the least mentioned motives to perform a sexual history, only 22%. (11) Moreover, performing a sexual history in daily practice is exceptional, only 3,6%. (12)

More detailed research about sexual history taking was made by Wimberly et al. in 2006. They concluded that only 12 to 34% of the GPs direct all essential components of a sexual history, being; numbers of sexual partners, frequency of sexual intercourse, sexual orientation, types of sex and prior or recent history of STIs. If relevant to the main complaint, 75% of GPs tend to ask about sexual activity and almost 50% perform a complete sexual history. The type of sexual contact was questioned the least. (12)

Although the GP is well placed to play an important role in the early detection of STIs, it appears that many GPs experience several barriers such as; insufficient training, lack of time, insufficient knowledge and experience, presence of the patient's partner or parent, fear of embarrassing the patient, not relevant to the chief complaint, first contact with a patient, ethnic differences, age differences, language barrier and the underestimation of sexual health problems. (6,11,12)

Taking a sexual history is necessary to assess a patient's risk for STIs and consequently give adjusted counselling and perform the correct diagnostic tests. The objective of this study is to determine the quality of sexual history taking among GPs and GP trainees in Flanders, Belgium. Several studies describe in which clinical setting GPs perform a sexual history and which barriers they face to implement it. This study examines the content more specific by identifying the different components of the sexual history. This information is essential to get a better view on attitudes and practices of GPs. In this manner, specific challenges can be determined to increase the rate of STI screening by GPs and thus improving sexual health in the primary care setting.

Research question

This survey analyses the sexual risk assessment by Flemish GPs and identifies the barriers for implementing a sexual history. More specific, we explore which components of the sexual history taking are questioned and in which clinical circumstances they are taken. Furthermore, we look at possible factors that influence behaviour of GPs in sexual history taking, such as age, gender, type and location of practice and frequency of STI consultation. A better understanding of attitudes towards sexual history taking amongst GPs will provide useful information to improve sexual health in the primary care setting.

We attempt to find an answer on the following questions:

1. How often is a sexual history taken?
2. In which clinical circumstances do GPs execute a sexual history?
3. Which components of the sexual history are being asked?
4. Which are the main barriers to complete a sexual history?
5. Are there influencing factors such as; age, gender, type of practice, geographical location of practice and frequency of STI consultation?

Methods

Survey content and participants

A first template of the survey was drawn up based on national and international guidelines of sexual history taking (8–10) and was reviewed in a small pilot study for accuracy and relevance. The final survey contained three domains of statements; being practices, attitudes and basic demographic data. In the first domain, six different hypothetical clinical cases were presented to determine under which circumstances GPs perform a sexual history. The following circumstances were being reviewed: A 23-year-old woman presents with dysuria and lower abdominal pain, a 32-year-old man presents with a sore throat, a 42-year-old man from Sub-Saharan-African origin asks for a general check-up, a 54-year-old woman recently moved and visits for a medical intake, a 37-year-old woman requests STI testing and at last a 46-year-old man visits for the first time and mentions spontaneously that he is homosexual. With each clinical case, the same eight questions were being asked, which represent the different components of a correct sexual history; being sexual activity, number of partners, recently new partner, use of condom, sexual orientation, type of sex practices (oral, vaginal or anal), prior or recent history of STI and patient's partner other sexual contacts. These behaviours and factors are necessary to inquire a correct sexual risk assessment of the patient. With every question of the sexual history we examined how frequently GPs would ask this specific component; always, often, sometimes or never. In the second part GPs addressed which barriers they experience to perform a sexual history. We ended the survey by identifying certain demographic elements of the participant.

Both a paper version of the questionnaire and an online link were being spread from August 2016 until February 2017 among GPs and GP trainees in Flanders, Belgium. There were no further exclusion criteria. Participants were recruited in many different ways, such as local groups of general practitioners, medical posts, information websites for GPs, medical symposia presentations, trainings and personal connections by e-mail. The survey could be completed anonymously.

Statistic Analysis

Descriptive statistics were performed with Excel and IBM SPSS Statistics Version 24. In addition to means and medians for continuous variables and frequency distribution for categorical variables, we looked for statistically significant differences amongst GP characteristics with Chi-square and Fisher's exact test. The study was approved by the Ethical Comity of the University Hospital of Antwerp and the University of Antwerp.

Results

Study population

A total of 177 participants filled out the questionnaire, of which 166 (94%) were included. The remaining 11 were excluded because of incomplete questionnaires. The majority of respondents were female (77%). Sixty-two percent of our population were GP trainees. The mean age was 33.1 and ranged between 24 and 63 years. The mean clinical experience was 7.2 years with a range between 0.1 and 38 years. Almost 64% of the participants had less than 5 years of clinical experience. The majority (75.3%) of respondents work in group practice. The distribution of urban versus rural practice setting was 58% versus 42% respectively. Forty-four percent of physicians surveyed performed a STI consultation every week, 43.2% only monthly, 4.3% daily and 8.0% less then once a month. Sexual risk was registered in the electronic medical record by 52% of the interrogated GPs.

Outcome: GPs sexual history taking practices in six different clinical cases.

This section provides information on how frequent each component of sexual history taking is being questioned in six different clinical cases.

If relevant to the chief complaint. Only 20% of GPs would always ask about sexual activity if they felt it relevant to the chief complaint. A similar part (21%) always asked about the use of condom. Other components of sexual history taking were being asked considerably less frequently: 7.2% stated they always asked the number of partners, 16.3% asked about having a new partner recently, 7.2% about sexual orientation, 2.4% about type of sex practices, 4.2% about STI history and 9.0% about partner's other sexual contacts.

If not relevant to the chief complaint. A majority (83%) would never ask about sexual activity in the case were a patient presented with a sore throat.

A Sub-Saharan-African man that asks a general check-up. A small portion of 13.3% would always implement a sexual history. Further questions of the history were being asked less frequently: 5.4% would always ask the number of partners, 10.2% asked about having a new partner recently, 10.8% asked about the use of a condom, 18.1% about STI history and 7.8% about partner's other sexual contacts. Types of sexual practices and sexual orientation were questioned the least, both 4.2%.

An initial medical intake visit. Merely 1.2% of the GPs and GP trainees would always ask about sexual activity when meeting the patient for the first time and 72.3% would never ask it. Other parts of the sexual history showed similar percentages, which are shown in table 1.

An explicit request for STI testing. A greater part (95.2%) would always take a sexual history when the patient explicit asks for a STI test.

	23-year-old woman with dysuria and lower abdominal pain	32-year-old man presents with sore throat	42-year-old man from from Sub-Saharan-African origin asks for a general check-up	54-year-old woman recently moved and visits for a medical intake	37-year-old woman requests STI testing	46-year-old homosexual man visits for the first time
Sexual activity						
Always	19.9	0,0	13,3	1,2	95,2	16,3
Often	38.6	0,6	28,9	6,6	4,2	24,7
Sometimes	37.3	16,3	34,9	19,9	0,0	36,7
Never	4.2	83,1	22,9	72,3	0,6	22,3
Number of partners						
Always	7.2	0,0	5,4	0,6	61,4	13,3
Often	18.7	0,6	19,9	4,2	21,7	24,7
Sometimes	38.0	10,2	32,5	13,9	13,9	30,1
Never	36.1	89,2	42,2	81,3	3,0	31,9
New partner recently						
Always	16,3	0,0	10,2	0,0	81,3	15,1
Often	38,6	3,6	24,1	8,4	13,9	28,3
Sometimes	34,9	9,0	35,5	18,7	4,2	31,9
Never	10,2	87,3	30,1	72,9	0,6	24,7
Use of condom						
Always	21,1	1,2	10,8	0,0	80,1	25,3
Often	25,3	1,8	27,7	5,4	11,4	22,3
Sometimes	38,6	7,8	28,9	14,5	6,0	27,1
Never	15,1	89,2	32,5	80,1	2,4	25,3
Sexual orientation						
Always	7,2	1,2	4,2	0,6	30,7	19,3
Often	12,0	2,4	9,0	3,6	15,1	13,9
Sometimes	31,9	8,4	31,9	15,7	31,3	20,5
Never	48,8	88,0	54,8	80,1	22,9	46,4
Type of sexual practices						
Always	2,4	0,6	4,2	0,0	23,5	13,3
Often	10,2	3,0	4,8	0,6	15,1	11,4
Sometimes	31,3	12,0	24,1	8,4	30,1	27,7
Never	56,0	84,3	66,9	91,0	31,3	47,6
STI history						
Always	4,2	0,0	18,1	3,6	59,0	25,3
Often	27,1	2,4	29,5	7,2	20,5	24,7
Sometimes	41,6	11,4	30,1	17,5	16,9	22,3
Never	27,1	86,1	22,3	71,7	3,6	27,7
Patient's partner other contacts						
Always	9,0	0,0	7,8	0,6	46,4	19,3
Often	21,1	0,6	13,9	1,8	22,3	17,5
Sometimes	38,6	12,0	32,5	12,0	18,7	26,5
Never	31,3	87,3	45,8	85,5	12,7	36,7

Table 1: GPs sexual history taking practices in six different clinical cases; Percentage for each category (always, often, sometimes and never) of the eight components.

It is remarkable that all other components were less frequently questioned: 61.4% would always ask about the number of partners, 81.3% asked about having a new partner recently, 80.1% about the use of a condom, 30.7% about sexual orientation, 59.0% about STI history, 46.4% about partner's other contacts and only 23.5% would always ask about the type of sexual practices. Type of sexual practices was questioned the least in all six clinical cases, probably because of the more intimate atmosphere and the uncomfortable feeling with GPs.

A homosexual patient on a first visit. Sixteen percent of physicians surveyed stated they always asked about sexual activity when a patient spontaneously mentioned his homosexuality. Other components of the sexual history were being asked as frequent, which are described in table 1. The use of a condom and a prior positive STI history were being asked most frequently, that is one fourth of all physicians.

All detailed percentages for each clinical case can be found in table 1.

In addition, GPs were asked which barriers they face to perform a sexual history. Barriers exist at the level of the health care provider, at the level of the patient and at situational level. The different barriers are listed in table 2 with the corresponding percentages of GPs that can identify themselves with this specific barrier.

Outcome: Differences between GP characteristics in sexual history taking.

In the last part of our study, we examined whether specific characteristics of the surveyed GPs have an influence on attitudes towards sexual history taking. Following determinants were explored: Sex, Age (25 years or younger, 26-38 years, 39 – 50 years and 50 years or older), Type of practice (solo, group or district health centre), Geographical location of practice (urban versus rural), Function (GP or GP trainee) and Frequency of STI consultation (daily, weekly, monthly or less than once a month).

Barriers	GPs that experience this barrier (%)
Complaint is not related	95.2
Presence of a parent	88.0
Presence of the partner	81.3
Assumption that patient does not have high STI risk	66.3
Language barrier	62.0
Fear of embarrassing the patient	58.4
Cultural difference	55.4
Insufficient experience	39.8
Fear of stressing the patient	39.2
Lack of time	36.7
Fear of harming patient-doctor relationship	29.5
Embarrassment with the GP	28.9
Age difference with the patient	27.7
Insecure about own skills	19.9
Insufficient knowledge	12.0
Does not belong to the knowledge of a GP	1.8

Table 2: Percentage of GPs that experience a specific barrier for not performing a sexual history.

If relevant to the chief complaint. Chi-square test showed that GPs who frequently (daily or weekly) perform a sexual history were more likely to ask about sexual activity in the case where a young woman presents with dysuria and lower abdominal pain, compared to GPs who only perform a sexual history monthly or less than once a month (75% vs 45%) (p=0.00). This statistical significant difference was found in all components. The only exception was seen with the type of sexual contact, where in both groups around 10% always or often would ask this component.

There is no difference between the younger and older GPs in their likelihood to take a sexual history. Only GPs aged between 39 and 50 years (57%), are more likely to ask about a prior positive STI than other age groups (25 or younger: 21%, 50 years and older: 35%) (p=0.04). Moreover, in all six clinical cases, when a statistical significant difference is seen between the different age groups, the GPs aged between 39 and 50 years always performed a sexual history more frequently.

If not relevant to the chief complaint. GPs who frequently (daily or weekly) perform a sexual history were more likely to ask about sexual activity than GPs who only perform a sexual history monthly or less than once a month (25% versus 10%) (p=0.008). However, percentage rates are generally very low; only 0.0 to 1.2% of surveyed GPs would always ask any of the different components of the sexual history. For all other components and different groups, no statistical significant difference was found.

A Sub-Saharan-African man that asks a general check-up. Four of the eight questions (sexual activity, use of condom, type of sexual practices and STI history) were performed most frequently by GPs aged between 39 and 50 years, followed by the age category 51 years or older, between 26 and 38 years and the GPs of 25 years or younger asked these components the least. A majority of 85% of this last group of younger GPs will sometimes or never ask about sexual activity when the patient asks for a general check-up. However, 62% of GPs between 39 and 50 years will always or often ask about sexual activity (p=0.002). This is unfortunate because many patients don't dare to ask a blood test for STIs and instead ask for a general check-up. Consequently, this difference is also observed between GPs and GP trainees, in which 61% of GPs are more likely to perform a sexual history more detailed compared to only 30% of the GP trainees (p=0.000). This is too bad because many patients prefer to visit a doctor other than their regular doctor for sexual problems, in this case for example the GP trainee in the same practice.

A majority of 72% of the GPs working in a district health centre are more likely to ask about sexual activity in this case (41% group practice, 27% solo practice) (p=0.013). This difference with GPs working in a group practice or as a solo doctor, is observed in five of the eight components of the history (sexual activity, number of partners, recently new partner, use of condom and other sexual contacts of the patient's partner). (See table 3)

An initial medical intake visit. The only significant difference is seen between GPs who work in a rural or urban area and this in only two of the eight components; being number of partners and recently new partner. None (0.0%) of the of surveyed GPs working in a rural area will always ask the number of partners when the patient is visiting the practice for the first time, while this is the case for 7.4% of GPs working in an urban area. Important to notice is that both percentages are rather low. This is probably an occasional observation, rather than a trend that is seen throughout the case.

	District Health Centre (%)	Group Practice (%)	Solo Practice (%)
Sexual activity	72	41	27
Number of partners	44	27	5
Recently new partner	61	34	23
Use of condom	72	36	27
Patient's partner other sexual contacts	50	21	9

Table 3: Number of GPs (in %) that always or often asks that specific component of the sexual history when a Sub-Saharan-African patient asks for a general check-up, divided in those who work in a district health centre, group practice or solo practice.

An explicit request for STI testing. The frequency of STI consultations seems to be an important factor for performing a sexual history correctly. For example, when a patient asks for a STI screening, GPs who frequently (daily or weekly) perform a sexual history were more likely (92%) to ask the number of partners compared to the GPs who only perform a sexual history monthly or less than once a month (75%) (p=0.003).

A homosexual patient on a first visit. 18% of male GPs will always check whether the patient is sexually active and 42% will often to this. 16% of female GPs will always check whether the patient is sexually active and only 20% will do this often (p=0.031). One fourth of the female GPs stated that they will never perform a sexual history when a patient spontaneously mentions he is homosexual, compared to a minority of 10% with male GPs.

Discussion

Our study shows that the quality of sexual history taking is rather low. Although 95% of respondents asks about sexual activity when a patient requests STI testing, other components are remarkably less frequently discussed. High risk groups (Men who have sex with men (MSM) and originating from STI endemic regions) seem not well known by many GPs; less than one fourth would perform a sexual history with these risk groups. Furthermore, we observe that GPs are not used to start about sexual health when the complaint is not related. Frequency of performed STI consultations in daily practice seems to be an important factor for the quality of sexual history. The age group from 39 until 50 years performs their STI consultations more in detail, in which they tend to ask more different components. GPs working in a district health centre are well known with patients originating from Sub-Saharan-Africa and their higher risk on HIV, Hepatitis B and C.

The strength of this observational study lies in the more detailed research about the different components of a sexual history. Where other studies limit their research question with whether GPs ask about sexual activity or not, our study examines the quality of the history itself. Furthermore, we received a high response rate of GPs and GP trainees throughout Flanders. On the other hand, it is limited on Belgium, whereas the STI prevalence differs from other countries in Europe. Therefore, the results of our study cannot be fully extrapolated to all other European countries. Our study population showed a rather young age and consequently only a few years of clinical experience, which might influence the correct representation of overall GPs in Flanders. Moreover, we did not assess whether GPs would perform any STI tests following their sexual history. Another important limiting factor is the potential response bias, where surveyed GPs filled out what was expected from them, rather than what they perform in their own practices.

Sexual history taking in general practice holds the key to identify a patient's risk of sexually transmitted infections (STIs). A recently published Belgian guideline for the approach of STIs in general practice recommends that GPs obtain a sexual history at least annually. (13) Many patients feel uncomfortable or embarrassed to talk about their sexual health. (14) Otherwise, according to research, 91% of surveyed patients thought it was appropriate for their physician to obtain a sexual history. (12) Unfortunately performing a complete sexual history is challenged by multiple barriers. This study certainly observed that GPs don't obtain a sexual history proactively or with every visit; 95% would never ask about sexual activity when the patient consults for non-STI related reasons. Similar rates were found in others studies, where 79.3% and 96.4% found it difficult raising STI issues with patients who have no genital complaints. (6,12) Furthermore respondents came across many other obstacles: presence of the patient's partner or parent, language problems, cultural differences, age difference and uncomfortable feeling. Same barriers are described in other studies. (6,16,17) Additionally, having insufficient experience, insufficient knowledge and feeling insecure about their own skills are mentioned as being important barriers for not implementing a sexual history. This observation might state that GPs have the need for more information and communication training about sexual history taking. Communication skills about sexual health aren't often naturally and are influenced by many personal characteristics of the physician. On the other hand, techniques can be taught and practised and studies showed that GPs who attended workshops and trainings feel more comfortable and confident. (6) Finally, insufficient time was reported as being a barrier for 37% of the respondents, which is lower than in other studies (60.8% in the study of Verhoeven in Belgium et al. (6) and 55% by the study of Khan et al. in Australia (16)). This could be explained by the fact that the majority of our respondents were GP trainees (62%). They just started practicing general medicine and not yet experience time as a barrier, because often they are given more time to perform a consultation. Fortunately, only 1.8% feels that STI consultation doesn't belong to the tasks of a GP. Markham et al. confirm that 95% of GP trainers are prepared to include sexual history taking in their daily practice. (14) This report confirms the many barriers GPs face and highlights the need for continuing to sensitize GPs.

In this study, the quality of sexual history questions was determined by presenting six hypothetical clinical cases. It showed that GPs do not ask about sexual activity with every visit, which is not necessarily needed. However recent guidelines recommend to asses STI risk at least once a year. (13) Despite, only one fourth of the GPs would think about asking sexual activity on an initial visit. Asymptomatic STIs have become more important, consequently physicians need to proactively start about STI issues with their asymptomatic patients. These rates are below what is seen in other studies, where half of the respondents ask about sexual activity on either an annual basis or at each visit. (12) A prevention tool 'sexual health' of the Electronic Medical Record (EMR) could be a possible solution to start about sexual health. This could promote more open communication and give easy access to information about sexual health. Patients would get more used to their GP asking about sexual health problems and would feel more comfortable. Sexual risk was registered in the EMR by 52% of the interrogated GPs.

Patients originating from STI endemic areas, should be offered an HIV test and preferably as well a screening on hepatitis B and C. (13) Only 40% of respondents would always or often take a sexual history with this case. Furthermore, all other components of the sexual history are less than 50% routinely inquired during a general medical examination. Haley et al. showed similar findings in their study. (1) It seems that not all risk factors are well known by physicians. This case should ring a bell and should automatically make the GP ask what the patient means with a general check-up, because patients often feel uncomfortable asking for a STI test and instead request a general check-up or general blood test.

The annual STI report shows that 'men who have sex with men' (MSM) are at higher risk for STIs, therefore this population group should be more frequently screened. (2) Only 41% of surveyed GPs would ask about sexual activity when the patient is homosexual. All other components showed similar rates, where fewer than half of the respondents would always or often ask about the different questions. GPs were more likely to perform a sexual history in the case of the homosexual man, compared with the African man, even tough they are both at higher risk.

When a patient explicit asks for an STI test, a majority of 95.2% would always ask about sexual activity, which shows there is a more reactive approach rather than a preventive approach. Although almost all respondents stated they would take a sexual history, the quality of the explicit questions is rather low. Physicians should be adequately trained on how to take a correct sexual history. It should be assimilated into GP trainees' study programmes, with the focus on skills and communication training. Eventually this should make part of GPs routine practice.

As for the characteristics of respondents related to taking sexual histories, we found that GPs who performed STI consultations more frequently in their practice, tend to ask all components at higher rates than GPs who only did so monthly or less than once a month. This observation is quite logical, where as physicians who perform more STI consultations, are more experienced and probably attend more trainings about STI issues because they are more faced with the problem. Moreover, GPs who work in a district health centre are more likely to perform a complete sexual history when a patient from Sub-Saharan-African origin requests a general check-up. This could be explained by their more urban location accompanied with a more multicultural population, therefore they are more likely to be confronted with these kind of cases. As for age, we observed that GPs aged between 39 and 50 years perform the components of sexual history more in detail. This finding is not seen in other studies, were younger and less experienced GPs take a sexual history more frequently. (19) These findings may demonstrate that existent medical training is not sufficient and more attention is needed to highlight this aspect in GP trainings. In many studies a majority of GPs mentions that current training is insufficient and they would like more training in sexual history taking. (6,12,14) Moreover, GP trainees might feel a bit shy in the beginning of their practice, because they are not yet familiar with the practice population and thereby take a more hesitant attitude towards sexual history taking. There was no significant difference between urban versus rural settings, although GPs who work in an urban area are three times more confronted with STI issues compared to their colleagues in rural areas. (20) Finally, there was no difference between female and male GPs, for which we can't find a specific explanation. In the study of Wimberley et al, female physicians elicited sexual histories at higher rates than male physicians. (12)

Conclusion

General practitioners are known for their unique approach of medicine by implementing a patient-centred and holistic approach. They follow their patients during a large part of their lives and therefore are in the perfect position for knowing a patient's context. This doctor-patient relationship is the perfect basis to start about sexual health with low suspicion for the patient and might reveal a higher risk of STIs than suspected. Good communication skills should make it possible to move towards a more preventive approach, rather than the current directive approach. GPs indicate that more training is necessary to obtain the skills and knowledge for implementing a correct and complete sexual history. Many GPs appear not to collect enough information and the general question whether the patient is sexually active or not, is just not sufficient. A complete sexual risk assessment can only be performed by knowing all the risk factors. A first step has been already made to spread the word out; recently a Belgian guideline was published that should support GPs to implement sexual histories in their practices. (13) More efforts are needed by highlighting sexual health in the education and training programmes of GP trainees. But our study revealed that even GPs have not had adequate training, so continuing education for them is also important. Medical students and GP trainees often imitate the practices of their supervising physicians and if they observe them implementing sexual histories on a regular basis, maybe they are more likely to take sexual histories in their own practices. Introducing a form featuring the appropriate components of a sexual history and implementing this in the electronic medical record (EMR) might be a useful tool to make steps towards a more preventive approach.

References

1. Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: How involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? Am J Public Health. 1999;89(6):899–902.
2. Verbrugge, R. & Crucitti T. Soa surveillance 2002-2014: nationale en regionale gegevens van de Peillaboratoria voor Microbiologie. WIV-ISP. 2015;
3. Jones R, Barton S. Introduction to history taking and principles of sexual health. Postgrad Med J [Internet]. 2004;80(946):444–6. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1743076&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
4. Verbrugge R. Crucitti TQS. Seksueel overdraagbare aandoeningen bij de algemene bevolking: gegevens van 2013 voor België en de 3 regio's. WIV-ISP. 2014;
5. Apers L, Crucitti T, Verbrugge R, Vandenbruaene M. Sexually transmitted infections: what's new? Acta clinica Belgica. 2012. p. 154–9.
6. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, et al. Discussing STIs: Doctors are from Mars, patients from Venus. Fam Pract. 2003;20(1):11–5.
7. Belangrijkste resultaten. Gezondheidsenquête, België 2008. WIV-ISP.
8. Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het soa-consult. Huisarts Wet [Internet]. 2013;56(9)(450-463). Available from: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-het-soa-consult
9. ServiceS U department of health and hUman, Prevention centerS for diSeaSe control and. A guide to sexual history taking. CDC guideline.

10. Soa-consult: aanbevelingen voor de huisarts en gynaecoloog. Sensoa.be. Vlaams expertisecentrum voo seksuele gezondheid.
11. Ribeiro S, Alarcão V, Simões R, Miranda FL, Carreira M, Galvão-Teles A. General Practitioners' Procedures for Sexual History Taking and Treating Sexual Dysfunction in Primary Care. J Sex Med. 2013;386–93.
12. Wimberly YH, Hogben M, Moore-Ruffin J, Moore SE, Fry-Johnson Y. Sexual history-taking among primary care physicians. J Natl Med Assoc [Internet]. 2006;98(12):1924–9. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21178152
13. Smets K. Seksueel overdraagbare infecties. Aanpak in de huisartsenpraktijk. Praktijktool. Domus Medica. 2017;
14. Markham WA, Bullock AD, Matthews P, Firmstone VR, Kelly S, Field SJ. Sexual health care training needs of general practitioner trainers: a regional survey. J Fam Plan Reprod Heal Care [Internet]. 2005;31(3):213–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16105286\nfiles/10886/213.html
15. Verhoeven V, Colliers A, Verster A, Avonts D, Peremans L, Van Royen P. Collecting data for sexually transmitted infections (STI) surveillance: what do patients prefer in Flanders? BMC Health Serv Res. 2007;7:149.
16. Khan A, Plummer D, Hussain R, Minichiello V. Sexual risk assessment in general practice: evidence from a New South Wales survey. Sex Heal. 2007;4(1):1–8.
17. Kushner M. MSR. The STI and HIV Testing Practices of primary Care Providers. J Natl Med Assoc. 2007;99(3).
18. Mulvey G, Keogh LA, Temple-Smith MJ. Outcomes of an educational activity with Victorian GPs aimed at improving knowledge and practices in relation to sexually transmissible diseases. Aust N Z J Public Health. 2000;24(1):76–8.
19. Vanderveken A. HIV testing in Europe: opportunities in primary care. Masterproef Universiteit Gent. 2012;
20. van Bergen JE a M, Kerssens JJ, Schellevis FG, Sandfort TG, Coenen TJ, Bindels PJ. Prevalence of STI related consultations in general practice: results from the second Dutch National Survey of General Practice. Br J Gen Pract [Internet]. 2006;56(523):104–9. Available from: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1828215&tool=pmcentrez&rendertype=abstract

4. **Dankwoord**

Na een intensieve periode van bijna twee jaar is het dan zover, het indienen van de masterproef voor het behalen van het diploma als huisarts. Met dit laatste schrijven wil ik graag een aantal mensen bedanken die mij tijdens de drukke perioden op het werk, toch een duwtje in de rug hebben gegeven om mij te motiveren en om dit tot een goed einde te brengen.

Hierbij vermeld ik in het bijzonder mijn promotor prof. dr. Veronique Verhoeven voor de talloze uren van begeleiding, voor het geduld dat zij aan de dag wist te brengen, voor het aanwakkeren van de academicus in mij en voor mijn interesse in het onderzoek te vergroten. Vervolgens wil ik mijn dank uiten aan prof. dr. Chris Kenyon (ITG) en mijn praktijkopleider vorig jaar dr. Annelies Lonnée (WGC De Regent) om samen met mij te brainstormen over een onderwerp voor mijn masterproef en voor jullie vernieuwende ideeën hieromtrent. Ten slotte wil ik dr. Martine Lembregts bedanken, mijn huidige praktijkopleider, die altijd klaarstond om ook mijn mindere momenten aan te horen en mij steeds aan te moedigen wanneer de motivatie bij mij even stillag.

5. Bijlagen

5.1. Vragenlijst huisartsen en huisartsen in opleiding

TOELICHTINGSFORMULIER

Beste collega,

Laat ik mezelf even voorstellen. Ik ben Saliha Hamici, huisarts in opleiding in het Wijkgezondheidscentrum De Regent in Antwerpen. Voor mijn masterproef omtrent **de kwaliteit van het SOA-consult bij Vlaamse huisartsen**, zou ik graag een aantal minuten van uw tijd willen vragen door de bijgevoegde vragenlijst in alle eerlijkheid in te vullen.

De vragenlijst omvat enkele casussen uit de dagelijkse praktijk, waarbij telkens dezelfde vragen worden gesteld. De vragen gaan na hoe vaak u een SOA-consult doet, in welke omstandigheden u dit doet en wanneer u dit minder opportuun vindt en ten slotte, indien u het wel doet, wat u dan allemaal vraagt.
Met dit onderzoek wil ik nagaan hoe huisartsen van verschillende leeftijd en verschillende type praktijken het SOA-consult aanpakken om in de toekomst de kwaliteit van het SOA-consult te optimaliseren.

U hoeft de eigen naam niet te vermelden op de vragenlijst en kan deze vragenlijst anoniem terug opsturen of afgeven. De antwoorden van de vragenlijst zullen enkel door mezelf in vertrouwen worden verwerkt. Door de vragenlijst in te vullen, geeft u toestemming dat uw gegevens anoniem zullen worden verwerkt.

Indien u feedback wenst over de resultaten van deze enquête, noteer dan gerust op het einde van de vragenlijst uw e-mailadres of contacteer mij via volgend e-mailadres: hamici.saliha@gmail.com.

Het doel is om zo veel mogelijk ingevulde vragenlijsten terug te ontvangen, zodanig dat dit onderzoek kan leiden tot een wetenschappelijke publicatie in een huisartsentijdschrift.

Het onderzoek is goedgekeurd door het Ethische Comite van de Universiteit van Antwerpen/ Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Vriendelijke groeten,

Saliha Hamici
Huisarts in opleiding

VRAGENLIJST in kader van MASTERPROEF

TITEL : "Wat is de kwaliteit van het SOA-consult bij Vlaamse huisartsen?"

Onderzoeker: Huisarts in opleiding Dr. Saliha Hamici
Promotor verbonden aan de Universiteit Antwerpen: Prof. Dr. Veronique Verhoeven
Co-promotor: Prof. Dr. Christopher Kenyon
Praktijkopleider: Dr. Annelies Lonnée, WGC De Regent

I. KLINISCHE CASUSSEN

Het is belangrijk voor de waarde van het onderzoek dat u deze vragenlijst zo waarheidsgetrouw mogelijk invult. **De vragen peilen naar wat u in uw praktijk zou doen, niet wat er in theorie zou moeten gebeuren.**

Hieronder worden een aantal eenvoudige hypothetische klinische situaties geschetst. Bij elke casus worden telkens dezelfde acht vragen gesteld met dezelfde vier mogelijke antwoorden: altijd, vaak, soms en nooit. Omcirkel telkens één van deze vier mogelijke antwoorden.

1. Liesbeth, een 23-jarige vrouw komt bij u op consultatie met vage onderbuikspijn en pijn bij het plassen sinds een week.

a. Doet u in deze situatie een seksuele anamnese?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

b. Vraagt u in deze situatie het aantal partners in de voorbije 6-12 maanden?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

c. Vraagt u of er een nieuwe seksuele partner is (< 6 maanden)?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

d. Vraagt u in deze situatie of de patiënt een condoom gebruikt?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

e. Vraagt u in deze situatie het geslacht van de partner(s) na?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

f. Vraagt u in deze situatie het type van seksueel contact (vaginaal, anaal, oraal) na?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

g. Vraagt u in deze situatie of de patiënt vroeger ooit positief heeft getest op een SOA?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

h. Vraagt u in deze situatie na of de partner(s) van de patiënt wisselende contacten heeft?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

2. Nicolaas, een man van 32 jaar consulteert omwille van keelpijn. Na grondig klinisch onderzoek besluit u dat het hier om een acute faryngitis gaat.

a. Doet u in deze situatie een seksuele anamnese?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

b. Vraagt u in deze situatie het aantal partners in de voorbije 6-12 maanden?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

c. Vraagt u of er een nieuwe seksuele partner is (< 6 maanden)?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

d. Vraagt u in deze situatie of de patiënt een condoom gebruikt?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

e. Vraagt u in deze situatie het geslacht van de partner(s) na?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

f. Vraagt u in deze situatie het type van seksueel contact (vaginaal, anaal, oraal) na?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

g. Vraagt u in deze situatie of de patiënt vroeger ooit positief heeft getest op een SOA?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

h. Vraagt u in deze situatie na of de partner(s) van de patiënt wisselende contacten heeft?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

3. Ogbobere Succes, een 42-jarige man van Congolese afkomst, woont sinds 3 jaar in België. Hij komt bij u zonder klachten en vraagt een bloedafname in het kader van een 'algemene check-up'.

a. Doet u in deze situatie een seksuele anamnese?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

b. Vraagt u in deze situatie het aantal partners in de voorbije 6-12 maanden?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

c. Vraagt u of er een nieuwe seksuele partner is (< 6 maanden)?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

d. Vraagt u in deze situatie of de patiënt een condoom gebruikt?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

e. Vraagt u in deze situatie het geslacht van de partner(s) na?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

f. Vraagt u in deze situatie het type van seksueel contact (vaginaal, anaal, oraal) na?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

g. Vraagt u in deze situatie of de patiënt vroeger ooit positief heeft getest op een SOA?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

h. Vraagt u in deze situatie na of de partner(s) van de patiënt wisselende contacten heeft?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

4. Veerle, een 54-jarige vrouw van autochtone origine, die recent verhuisd is, komt bij jou voor een eerste consult en kennismaking als nieuwe patiënt.

a. Doet u in deze situatie een seksuele anamnese?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

b. Vraagt u in deze situatie het aantal partners in de voorbije 6-12 maanden?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

c. Vraagt u of er een nieuwe seksuele partner is (< 6 maanden)?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

d. Vraagt u in deze situatie of de patiënt een condoom gebruikt?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

e. Vraagt u in deze situatie het geslacht van de partner(s) na?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

f. Vraagt u in deze situatie het type van seksueel contact (vaginaal, anaal, oraal) na?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

g. Vraagt u in deze situatie of de patiënt vroeger ooit positief heeft getest op een SOA?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

h. Vraagt u in deze situatie na of de partner(s) van de patiënt wisselende contacten heeft?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

5. ***Anneleen, een 37-jarige vrouw, die je al een lange tijd kent, komt bij u op consultatie en vraagt expliciet om een SOA-test.***

a. Doet u in deze situatie een seksuele anamnese?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

b. Vraagt u in deze situatie het aantal partners in de voorbije 6-12 maanden?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

c. Vraagt u of er een nieuwe seksuele partner is (< 6 maanden)?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

d. Vraagt u in deze situatie of de patiënt een condoom gebruikt?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

e. Vraagt u in deze situatie het geslacht van de partner(s) na?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

f. Vraagt u in deze situatie het type van seksueel contact (vaginaal, anaal, oraal) na?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

g. Vraagt u in deze situatie of de patiënt vroeger ooit positief heeft getest op een SOA?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

h. Vraagt u in deze situatie na of de partner(s) van de patiënt wisselende contacten heeft?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

6. ***Jef is een 46-jarige man, die recent verhuisd is en bij jou op een eerste consultatie komt. Bij de kennismaking vertelt hij spontaan dat hij homoseksueel is.***

a. Doet u in deze situatie een seksuele anamnese?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

b. Vraagt u in deze situatie het aantal partners in de voorbije 6-12 maanden?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

c. Vraagt u of er een nieuwe seksuele partner is (< 6 maanden)?

- Altijd
- Vaak
- Soms
- Nooit

d. Vraagt u in deze situatie of de patiënt een condoom gebruikt?
   - o Altijd
   - o Vaak
   - o Soms
   - o Nooit

e. Vraagt u in deze situatie het type van seksueel contact (vaginaal, anaal, oraal) na?

   - o Altijd
   - o Vaak
   - o Soms
   - o Nooit

f. Vraagt u in deze situatie of de patiënt vroeger ooit positief heeft getest op een SOA?

   - o Altijd
   - o Vaak
   - o Soms
   - o Nooit

g. Vraagt u in deze situatie na of de partner(s) van de patiënt wisselende contacten heeft?

   - o Altijd
   - o Vaak
   - o Soms
   - o Nooit

II. AANVULLENDE VRAGEN

- **Uit de literatuur blijkt dat artsen vaak terughoudend zijn om een seksuele anamnese aan te kaarten. Wat vindt u de belangrijkste factoren om geen seksuele anamnese te doen? Waarin kunt u zich herkennen?** *(Omcirkel bij elke factor Ja of Nee)*

Tijdsgebrek	JA / NEE
De aanmeldingsklacht van de patiënt heeft er geen verband mee	JA / NEE
Dit behoort niet tot de taken van de huisarts	JA / NEE
Onvoldoende kennis	JA / NEE
Onvoldoende ervaring	JA / NEE
Angst dat de patiënt beschaamd gaat zijn	JA / NEE
Schaamte bij u zelf	JA / NEE
Het leeftijdsverschil met de patiënt	JA / NEE
Taalbarrière bij de patiënt	JA / NEE
Cultuur/Etniciteitsverschil met de patiënt	JA / NEE
De aanwezigheid van de partner van de patiënt	JA / NEE
De aanwezigheid van de ouder van de patiënt	JA / NEE
De assumptie dat de patiënt geen verhoogd SOA-risico heeft	JA / NEE
Onzekerheid over eigen kunde om een correct SOA-consult uit te voeren.	JA / NEE
Angst om de arts-patiëntrelatie te schaden	JA / NEE
Angst om patiënt schrik of stress aan te jagen	JA / NEE
Andere: ……	
Ik voel me in geen enkel geval terughoudend voor het uitvoeren van een seksuele anamnese	JA / NEE

- **Noteert u het seksueel risicoprofiel in het EMD** (elektronisch medisch dossier)**?**
  Ja - Nee *(omcirkel)*

III. DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

- Geslacht: M / V *(omcirkel wat past voor U)*
- Leeftijd: …….
- Afstudeerjaar: ……..
- Huisarts / HAIO *(omcirkel wat past voor U)*
- Praktijkervaring: …….. jaar *(inclusief HAIO-jaren)*
- Setting van de huisartsenpraktijk:
  - postcode: ……..
  - stedelijk – landelijk *(omcirkel wat past voor U)*
- Type huisartsenpraktijk: *(vink bolletje aan)*
  - solo-praktijk
  - groepspraktijk (aantal artsen: ……..)
  - wijkgezondheidscentrum
- Frequentie van de door u uitgevoerde SOA-consulten:
  - Dagelijks
  - Wekelijks
  - Maandelijks
  - Minder dan 1x/maand

Opmerkingen/vragen:
……
……
……
……
……
……
……

Wenst u feedback over de resultaten van deze enquête, noteer dan hieronder uw e-mailadres:
……
……

HARTELIJK DANK VOOR UW TIJD EN INZETTING!

5.2. Goedgekeurd protocol en gunstig advies Ethisch Comité

PROTOCOL ONDERZOEK

Titel van het onderzoek:

Wat is de kwaliteit van het SOA-consult bij onze Vlaamse huisartsen?

Doelstelling en verantwoording:

Momenteel bestaan er verschillende richtlijnen, zowel in de Engelstalige als Nederlandstalige literatuur, die aangeven hoe huisartsen een correct en volledig SOA-consult moeten uitvoeren. Helaas laten cijfers zien dat amper de helft van de huisartsen vraagt naar de seksuele activiteit van de patiënt. Daarenboven vraagt slechts 12 tot 34% van de huisartsen naar de verschillende componenten van een seksuele anamnese. [i, ii, iii, iv] Bovendien is het routine-matig nemen van een seksuele anamnese in de dagelijkse praktijk van de huisarts eerder zeldzaam. Echter speelt de huisarts hierin een belangrijke rol en dit om verschillende redenen. Ten eerste wordt informatie omtrent seksuele gezondheid vooral in de eerste lijn gezocht. Dit omdat het contact met de huisarts laagdrempelig is en dit geldt zeker voor de hoog-risicogroepen. [i,, v] Ten tweede zijn meerdere SOA's (seksueel overdraagbare aandoeningen) asymptomatisch, waardoor er nood is aan correcte diagnostiek bij de hoog-risicogroepen door deze vroegtijdig te screenen en te behandelen. Ten slotte krijgt de huisarts meer preventieve taken op zich en hoort het pro-actief bevragen van de seksuele gezondheid tot één van die opdrachten. [vi]

Onderzoek toont dat een correct uitgevoerd SOA-consult hoog seksueel risicogedrag kan identificeren. Vervolgens kunnen deze specifieke doelgroepen vroegtijdig worden gediagnosticeerd en behandeld. Bijgevolg verlaagt het SOA risico door besmetting en kan ongewenste zwangerschap worden voorkomen. Verder kan het de morbiditeit en mortaliteit verlagen en het welzijn van de patiënt verbeteren. Het is immers aangetoond dat seksuele gezondheid een sterk verband toont met psychisch functioneren. Een goede seksuele anamnese uitvoeren geeft tevens de opportuniteit om als huisarts aan preventie te doen om zo correcte informatie te geven, aangepast aan de noden van de patiënt. [ii]

Verschillende studiegroepen hebben reeds aangetoond wat de verschillende barrières zijn voor huisartsen om geen seksuele anamnese uit te voeren: weinig ervaring, weinig kennis, schaamte bij zichzelf of bij de patiënt, niet relevant aan de aanmeldingsklacht, tijdsgebrek, onderschatting van seksuele problemen, de aanwezigheid van de partner of van een familielid van de patiënt tijdens het consult, het eerste contact met de patiënt, leeftijdsverschil met de patiënt, taalbarrière bij de patiënt, etniciteitsverschil. [vii, viii , v]

De studie van Verhoeven et al. in 2003 heeft de barrières om een seksuele anamnese te doen bevraagd bij huisartsen in Antwerpen door middel van een vragenlijst. Echter werd de kwaliteit van het SOA-consult niet besproken. [v] Deze informatie is belangrijk om de seksuele gezondheid in de eerste lijn te verbeteren. Op deze manier kan zichtbaar worden wat de ontbrekende componenten zijn in de SOA-consulten. Indien artsen kunnen terugvallen op een gestructureerde seksuele anamnese, voelen zij zich ook meer comfortabel en kan het seksueel risicogedrag correct worden geïdentificeerd.

Onderzoeksvraag:
Wat is de kwaliteit van het SOA-consult bij onze Vlaamse huisartsen?

- Hoe vaak wordt een SOA-consult uitgevoerd?
- In welke klinische setting wordt er een SOA-consult uitgevoerd?

- Welke componenten worden wel en niet bevraagd in een seksuele anamnese?

Studie-opzet:
Het betreft een prospectief onderzoek, gebaseerd op informatie dat wordt bekomen uit vragenliijsten. Deze vragenlijsten worden ingevuld door huisartsen en huisartsen-in-opleiding (HAIO's). De vragenlijst (in bijlage) omvat enkele casussen uit de dagelijkse praktijk, waarbij telkens dezelfde acht vragen worden gesteld. De respondent moet telkens op een continuum van 0 (= nooit) tot 10 (= altijd) het juiste cijfer aanduiden passend bij zijn of haar praktijkervaring. De vragenlijst wordt ingeleid met een toelichtingsformulier, zodat het doel van het onderzoek bekend is voor de deelnemers. Hierin wordt vermeld dat indien ze de vragenlijst ingevuld terug opsturen, ze hierbij hun toestemming geven om de gegevens anoniem te verwerken. Het invullen van de vragenlijst is volledig op vrijwillige basis. Deelnemers worden niet verplicht om deze in te vullen. De respondenten moeten op de vragenlijst hun naam niet vermelden. Indien de afzender bekend is door de manier van verzending, dan wordt de identiteit gecodeerd weergegeven bij het verwerken van de gegevens. Enkel diegenen die betrokken zijn bij het onderzoek, hebben inzagerecht in de uitkomsten van de vragenlijsten. De inhoud van de vragenlijst is gebaseerd op nationale en internationale richtlijnen voor het correct uitvoeren van een SOA-consult (Nederlandse Huisartsengenootschap, SENSOA Vlaanderen, CDC-guidelines).

De vragenlijst is een eerste versie die eerst nog zal worden doorgenomen door praktijkcollega's en door seminariegenoten (HAIO's) op vrijwillige basis. Door deze focusgroepen wordt er constructieve feedback gegeven, om vervolgens nog kleine praktische aanpassingen te kunnen uitvoeren aan de vragenlijst. Vervolgens worden de vragenlijsten zowel elektronisch als in papieren versie verzonden naar huisartsen en HAIO's. Het doel is om minstens 100 ingevulde formulieren te bekomen, om bijgevolg een zo correct mogelijke representatie te hebben van de huisartsen in Vlaanderen. De verspreiding van de vragenlijst zal gebeuren via verschillende kanalen: LOK groepen, via de ICHO website, online e-mailadressen, persoonlijke contacten van huisartsen en HAIO's, via huisartsen tijdschriften, via huisartsenwachtposten en via bureau's van Kind en Gezin.
De doelgroep omvat huisartsen en huisartsen-in-opleiding, die momenteel actief zijn in een klinische huisartsenpraktijk. Er zijn verder geen exclusiecriteria.

Zodra het onderzoek is goedgekeurd door het ethisch comité, zal deze worden opgestuurd naar de specifieke doelgroep. Na twee weken en na één maand, zal er een herinnering worden opgestuurd naar de genodigden. Vervolgens zal de vragenlijst worden afgerond om de gegevens te kunnen verwerken. De gegevens zullen in een excel database worden ingevoerd om hierop kwantitatieve tellingen op te kunnen uitvoeren. Het SPSS programma wordt gebruikt voor de beschrijvende statistiek.

---

[i] Wimberly YH et al. 2006. Sexual history-taking among primary care physicians. J Natl Med Assoc. 2006 Dec;98(12):1924-9.
[ii] Nusbaum MR et al. 2002. The proactive sexual health history. Am Fam Physician. 2002 Nov 1;66(9): 1705-12. Review.
[iii] Ribeiro S. Et al. 2014. General practitioners' procedures for sexual history taking and treating sexual dysfunction in primary care. J Sex Med. 2014 Feb;11(2):386-93.
[iv] Haley N. Et al. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? Am J Public Health. 1999 Jun;89(6):899-902.
[v] Verhoeven V. et al. 2003. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. Fam Pract. 2003 Feb;20(1):11-5.
[vi] Jones R. Et al. 2004. Introduction to history taking and principles of sexual health. Postgrad Med J. 2004 Aug;80(946):444-6.
[vii] Kushner et al. 2007. The STI and HIV testing practices of primary care providers. J Natl Med Assoc. 2007 Mar;99(3):258-63.
[viii] Khan et al. 2006. Sexual risk assessment in general practice: evidence from a New South Wales survey. Sexual Health 4.

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

Prof. dr. V. Verhoeven
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Wat is de kwaliteit van het SOA-consult bij onze Vlaamse huisartsen? (manama huisartsgeneeskunde Saliha Hamici)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
4/04/2016	16/11/128	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 4/04/2016.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV Onderzoeker UZA
  dr. Hamici
- Informatie- en toestemmingsformulier NL dd. 1/03/2016
  versie 1
- Protocol dd. 1/03/2016
  versie 1
- Vragenlijst(en) dd. 1/03/2016
  versie 1
- dd. 1/03/2016
  versie 1

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 16/11/128

datum
4/04/2016

ons kenmerk
16/11/128

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

cc: Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 16/11/128

datum	ons kenmerk	contactpersoon
4/04/2016	16/11/128	Annelies Van Looy Anniek Leeraert ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 4/01/2016.
Deze studie werd besproken op vergadering van 4/04/2016.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	-
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
HUIZING Manon	Oncoloog	V	+
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	+
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	-
VAN GENECHTEN Nancy	Verpleegkundige	V	-
VAN REEMPTS Patrick	Neonatoloog	M	-
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	-
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
DECKERS Lara	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	-
Uitgenodigde Experten			
HENS Kristien	Ethicus	V	-
LEMMENS Katrien	Farmacoloog	V	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MAMPAEY Els	Psychologe	V	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	-
NORGA Koenraad	Pediater	M	-
STRUYF Filip	Kinesitherapeut	M	-
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN BOGAERT Peter	Docent UA - verpleeg- en vroedkunde	M	+

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.