How to detect female sexual dysfunctions in primary care

Dr. Liesbeth Cromphout, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Johan Vansintejan, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2016 – 2018]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Screenen naar seksuele disfuncties bij vrouwen in de Huisartsenpraktijk

Dr. L. Cromphout[†], Dr. S. Yoshimi*, R. Borms[▪], K. Vermeire[▪], Prof. Dr. J. Vansintejan®

† KULeuven, departement huisartsgeneeskunde; * huisarts bij Basilic Medical Center; ▪ Sensoa, Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid; ® VUB departement huisartsgeneeskunde.

Context: De 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5' (DSM V) definieert een vrouwelijke seksuele disfunctie (FSD) als een seksuele functiestoornis die een zekere onrust veroorzaakt. Volgens het Sexpert onderzoek door Buyse et al. lijdt 22% van de vrouwen in Vlaanderen aan een FSD. De meeste vrouwen met een FSD zoeken niet uit zichzelf hulp bij een zorgverlener. Deze vrouwen moeten dus eerst gedetecteerd worden vooraleer ze geholpen kunnen worden. Momenteel bestaat er nog geen gevalideerd, gemakkelijk te gebruiken screenings instrument.

Onderzoeksvraag: In het eerste deel van de studie ontwikkelen we een screeningsinstrument en analyseren we de werking ervan in de praktijk. In het tweede deel kijken we of de vrouwen die gedetecteerd worden aan de hand van het screeningsinstrument, ook echt een FSD hebben en of een consultatie bij een huisarts een gunstig effect heeft op hun FSD.

Methode: Voor de ontwikkeling van het screeningsinstrument werd er na een literatuurstudie een brainstormsessie georganiseerd met SENSOA (Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid). Er werd gekozen om twee dichotome vragen te gebruiken namelijk: 'Zou ik u iets mogen vragen over uw seksleven?' en 'Maakt u zich soms zorgen over uw seksleven?'. Gedurende 2 maanden werden er verschillende gegevens van vrouwelijke patiënten, die op consultatie kwamen bij een vrouwelijke assistente huisarts in een groepspraktijk in Brussel, verzameld. De eerste maand werd er bijgehouden welke vrouwen spontaan melding maakten van een FSD. De tweede maand werden de vrouwen gescreend aan de hand van de twee vragen. Indien de patiënte tweemaal positief antwoordde op de screeningsvragen of indien ze spontaan melding maakte van een FSD, werd ze uitgenodigd om deel te nemen aan deel twee van de studie. De patiënten die akkoord gingen om deel te nemen aan deel 2, werden verder onderzocht aan de hand van vragenlijsten en een consultatie bij de huisarts.

Resultaten: Tijdens de eerste maand werden er gegevens verzameld van 44 patiënten. De tweede maand van 15 patiënten. Gedurende de eerste maand werd er geen enkele FSD ontdekt. Tijdens de tweede maand antwoordde 15 van de 15 patiënten met 'ja' op de eerste vraag en 4 van de 15 patiënten antwoordden positief op de tweede vraag. Deze vier patiënten werden uitgenodigd om deel te nemen aan deel twee van de studie. Eén patiënt van de vier vervolledigde de hele studie.

Conclusie: Er zijn meer en grotere studies nodig om de ideale manier van screenen naar FSD door de huisarts te ontdekken. Deze studies moeten rekening houden met het feit dat er een drempel is voor de huisarts om vragen te stellen over FSD.

How to detect female sexual dysfunctions in primary care

Dr. L. Cromphout[†], Dr. S. Yoshimi*, R. Borms[▪], K. Vermeire[▪], Prof. Dr. J. Vansintejan®

† KULeuven, department of general medicine; * general practitioner at Basilic Medical Center; ▪ Sensoa, Flemish expertise center for sexual health; ® VUB department of general medicine.

Abstract

Introduction. Sexual dysfunction (FSD) is a common problem in female patients. At the same time, the number of female patients who actually receive medical help for a sexual dysfunction is rather low. To offer those women the support they need, their dysfunction need to be detected in the first place.

Aim. In the first part, we develop a screening instrument and analyze the functioning in practice. Secondly, our study aims to answer the questions: whether the detected women suffered from a FSD and whether a consultation with a GP could be beneficial.

Methods. For two months, we will collect data from patients who consult a primary care cabinet. During the second month, we will use our screening instrument. The screening instrument is developed by a literature search and a brainstorm session. We decided to use two dichotomous questions: 'Can I ask you something about your sex life?' and 'Do you sometimes worry about your sex life?'. The patients who responded with 'yes' to both questions, will be asked to be further examined in the second part, with the help from questionnaires.

Results. During the first month 44 patients came on consultation. During the second month we collected the data of 15 patients. No FSD were detected the first month. In month two, four patients were identified by the screening instrument. Those four patients were offered further examination, one of them completed the whole study.

Conclusion. More and larger studies are necessary to develop a validated and practical screenings tool. Those studies must take into account a barrier for GP's to discuss FSD with their patients.

Key Words. Female sexual dysfunction, screenings instrument, primary care, communication, barrier

Introduction

Female sexual dysfunction (FSD) is a common problem that has an impact on the quality of life of women and their partner [1]. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM V) defines a sexual disorder as a FSD, if the disorder is experienced 75 to 100% of the time with a minimum duration of approximately 6 months. This disorder must be causing significant distress. There are three FSD syndromes according to the DSM 5: sexual interest/arousal disorder, genito-pelvic pain/penetration disorder and the female orgasmic disorder. [2,3]

In 2012, a large research was conducted in Flanders (region of Belgium) by Buyse et al. [4] 1825 people (909 men, 916 women) were questioned about their sexual health. In this research 43.2% of the women reported one or more disturbances in their sex life. Twenty two percent reported that this disturbance provoked distress in their relationships, for themselves or for their partners.

In other epidemiological surveys from all over the world, we find a wide range of prevalence of FSD, ranging from 25% to 63%. Most of these international surveys used a symptom-oriented questionnaire and did not consider the distress experienced from the disorder. The exact prevalence of FSD depends on which definition is used. Nevertheless, we can conclude that FSD is a common problem. [5]

In the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors, researchers stated that 18.8% of women who experienced a sexual problem, attempt to seek medical help. Results showed large differences between different continents. In East Asia 8.5% of women with a FSD tried to consult a medical professional, compared to 40.8% in Central/South America and 19.5% in Northern Europe. Almost half of the women worldwide assumed they would be asked about their sexual health by their doctor during a routine visit. Only 9% of the women declared that they were actually confronted with questions about their sexual health by a doctor in the three years prior to the survey. [6]

In the study of Buyse et al., 16.4% of the women with sexual complaints and 19.3% of the women with a FSD in Flanders had contacted a professional healthcare provider about their problem. Consequently, we can conclude that around 80% of the women with a FSD did not consult a healthcare professional. [4]

As a primary care physician in Flanders this means that approximately 17% of the female patients older than 18 years (80% of the 22% with a FSD) might need professional help for a FSD. Physicians tend to underestimate the prevalence of FSD in women. [5] A validated screening instrument can be helpful to detect those women who might need some professional help.

Several studies about screening for FSD in women by general practitioners (GPs) and gynecologist have been carried out in the past. Most of them made use of questionnaires [1,5,7–9]. These questionnaires are not routinely used in practice because most doctors have a lack of knowledge and find it too time-consuming. [1,5,10].

The aim of the first part of this study is to develop an adequate screening instrument and to analyze the functioning of this instrument in practice. Secondly our study aims to answer the questions whether the women detected, actually suffered from a FSD and whether a consultation with a GP could be beneficial.

Methods

The review article by M. Clegg et al. [1], concluded that a short questionnaire was an ideal way for a doctor to start a conversation about sexual problems and to screen for FSD. Further research was needed to develop a standardized and validated screening questionnaire.

Two studies about screening for FSD in women using a short questionnaire were selected. The study of Levente Kriston et al. [5] proved with an online questionnaire that one dichotomous question ('altogether are you satisfied with your sex life?') had an acceptable sensitivity and specificity in their setting. The other article from Richard Sadovsky et al.[9], a survey among minority women aged 40-80 years who were sexually active, sought to find out whether there was a difference between posing a direct question ('Do you have a problem during sex') or a ubiquity-style question ('Many women with … (p.e. diabetes) have sexual problems, how about you?'). There was no significant difference between the two ways of questioning. Although the older group (60-80 years) responded more often positively when asked the ubiquity-style question.

At the moment there is no consensus on the best way to screen for FSD in women in primary care. Therefore, we organized a brainstorm session with Sensoa (Flemish expertise center for sexual health). Based on the information gathered in the brainstorm session, we defined these as our standard questions:

1) 'Can I ask you something about your sex life?'
2) 'Do you sometimes worry about your sex life?'.

We implemented these questions in our study design. For one month we maintained record of all female patients above the age of 18, who came on consultation. Next to whether they spontaneously mentioned a FSD or not, we kept record of parameters such as age, type of consultation (acute, chronic or mixed) and whether the patient came alone, accompanied by their partner, children, … The second month we used our questionnaire to screen every woman above the age of 18 at the end of the consultation. We kept record of the answers to the questionnaire as well as the other parameters. At the end of the consultation the patient was asked for permission to anonymously collect and use their data.

Those patients who spontaneously mentioned a FSD and those who answered positively to the second question of our questionnaire were asked to participate in the second part of our study.

The patients who wanted to proceed in part 2 were asked their informed consent. They were asked to complete the Female sexual functioning index (FSFI) and the female sexual distress scale (FSDS) at home [11]. Afterwards they had a consultation with a GP. One month after their consultation they had to fill in the two questionnaires (FSFI and FSDS) for a second time, as well as a short questionnaire to gather insight on how the participants experienced participating in our study. (*figure 1*)

The consultations were done by a female GP trainee in a primary care cabinet in Brussels, Belgium. The study was approved by the medical ethics commission of the university of Brussels (VUB) (B.U.N. 143201732092)

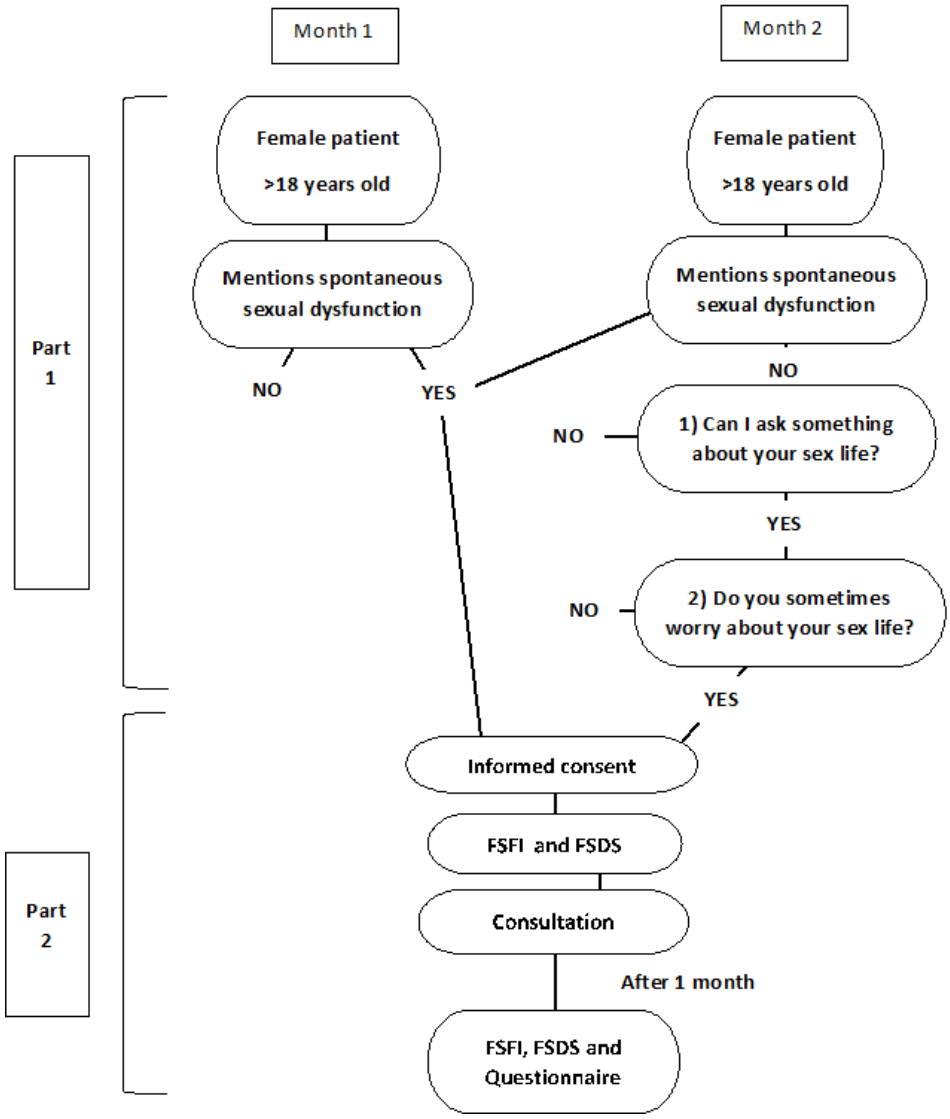


figure 1: flowchart

Results

During the first month, 44 women agreed to the use of their data. None of them spontaneously mentioned a FSD. 31 (70%) women spoke French, 12 (27%) women were Dutch-speaking, and one person spoke English. The mean age was 44 years variating between 18 and 79 years (*figure 2*). 27 (61%) persons came to the consultation with an acute problem, 16 (36%) were chronic patients and one patient came with a chronic and an acute problem. 37 (84%) women came by themselves, four (10%) accompanied by their child(ren), two were accompanied by their partner and one came in another composition.

The second month we collected the data of 16 women. One person came on consultation because of a FSD. She was helped immediately and excluded from our study. 15 Women remained, 7 (47%) of them spoke French, 8 (53%) spoke Dutch. The mean age was 39 years, the youngest was 24 and the oldest 54 years old (*figure 2*). 8 (53%) patients came with a chronic problem, 7 (47%) with an acute problem. 14 (93%) patients were alone on consultation and one patient brought their child(ren). All 15 women responded positively on the first question (‘can I ask you something about your sex life?’). On the second question (‘Do you sometimes

worry about your sex life?') four (25%) women answered positively. One woman didn't want to come to a second consultation to have a closer look to her problem, she mentioned relational problems as the main cause for the worries about her sexuality. The three other women wanted to participate in part 2 of our study. Two of them didn't show up on the consultation. One person did show up and completed the FSFI and FSDS twice and the extra questionnaire. Because of privacy reasons her results won't be discussed in this article.

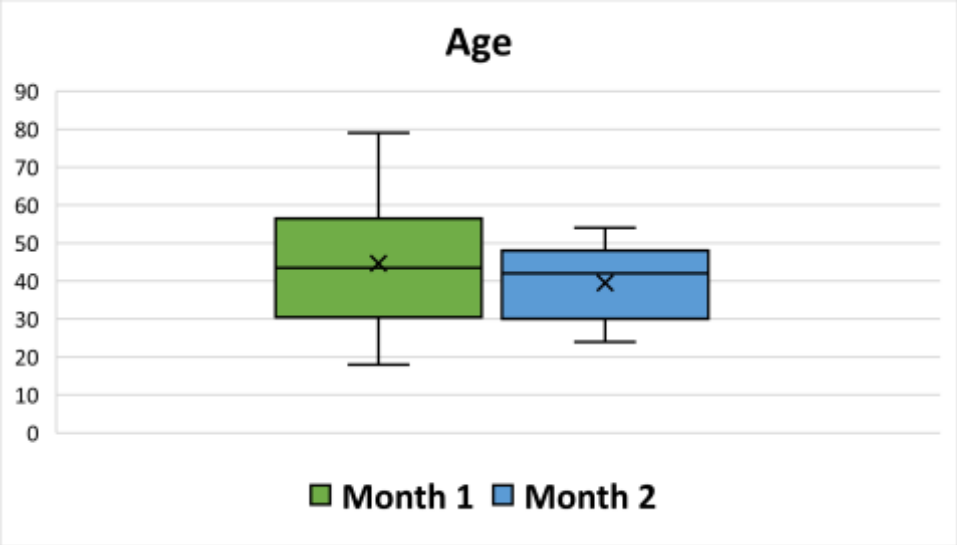


Figure 2 : Boxplot, age (years)

Discussion

We chose to start by asking permission from the patient to talk about her sex life. In this way we lowered the threshold for the GP to talk about sex and initiated the next question. As the second question, we decided to use a direct question. Although Richard Sadovsky et al. [9] suggested to use a ubiquity-style question over a direct question, we preferred to use a direct question. This seemed to be more spontaneous and easier to use during a consultation. We chose to use the verb 'worry' in the second question because of the definition of a FSD disorder. (A FSD is a sexual functioning disorder that is causing a significant distress.) [2–4,12,13]

There is a substantial difference between the number of patients in the first month (44 patients) and the second month (15 patients). The biggest reason for this is the fact that, during the second month, the GP did not use the questionnaire in every consultation with a female patient. Despite our attempts to lower the threshold by asking permission in the first question, there was a barrier for the GP to ask every patient about her sex life. When we have a look at the differences between the patient characteristics of both months, we can get an understanding of which characteristics influenced the GP, in whether or not to screen a patient for a FSD.

It is possible that the language (French or Dutch) used by the patient influenced the GP in her decision whether or not to screen the patient. The first month, 70% of the patients spoke French while 27% spoke Dutch. The second month, 47% of the persons spoke French and 53% spoke Dutch. The GP who did the consultations is a native Dutch-speaker, with French as her second language. It is possible that she unconsciously was more inclined to ask patients about their sex-life who used her own mother tongue. We also take note that the doctor's office is situated in Brussels, a city with an enormous variation in languages. A large part of the French-speaking patients, are not native French-speakers. [14] The level of their French may have had an influence on the use of the screenings instrument.

The average age and the standard deviation of the two patients-groups is more or less the same. When looking at the two boxplots, we can see a difference between the minimum and maximum age. It is possible that the GP felt more difficulties in asking younger as well as older patients about their sex-life.

The GP used the questionnaire more often when people came to the consultation with a chronical problem (53% compared to 47% with an acute problem). Unlike in the first month, when more patients came to the consultation with an acute problem (62% compared to 36% with a chronic problem). It is possible that the doctor was more familiar with patients who came with a chronic problem. Being familiar with your patient may lower the threshold to ask your patient about her sex-life. Another reason might be that the patients who came to the consultation with an acute problem, weren't always comfortable (for instance due to fever, nausea, pain, etc.) The GP might have decided that this particular situation was not ideal to talk about the patient's sex life.

The majority of the screenings (93%) involved women who came to the consultation alone. We might assume that asking about a women's sex-life is easier when she is alone.

Fifteen out of the 15 patients who were asked the first question ('Can I ask you something about your sex-life?') responded positively. When interpreting this statistic, it is important to consider that the doctor unconsciously selected the patients who were asked the first question. Meaning that this number is biased. Other studies also state that most of the women are willing to talk about their sexuality with a health care professional [5,9,15,16]. This might be encouraging to ask more patients about their sex-life.

25% of the patients who were asked the second question ('Do you sometimes worry about your sex-life?') responded positively. This percentage is similar to other studies and the prevalence of FSD. [1,4,5,9] But our patients number is too low to make meaningful assumptions.

This study was designed to develop a screening instrument for sexual disfunctions and to examine which patient characteristic could have influenced this screening tool. We didn't take into account a barrier of the GP to use the screening instrument. It might be interesting to conduct a larger study, also collecting the data of those patients who were not screened. That way we can gain more insight into which patient characteristics influence the barrier of different doctors. We can compare those with the characteristics from the patients who prefer not to talk about their sexuality.

Conclusion

More and larger studies are necessary to develop a validated and practical screenings tool. Those studies must take into account a barrier for GP's to talk about FSD.

Bibliography

[1] Clegg M, Towner A, Wylie K. Should questionnaires of female sexual dysfunction be used in routine clinical practice? Maturitas 2012;72:160–4. doi:10.1016/j.maturitas.2012.03.009.

[2] Costantine E, Villari D, Filocamo MT. Female Sexual Function and Dysfunction. Switserland: Springer; 2017.

[3] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: American Psychiatric Asociation; 2013. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.

[4] Buysse A, Caen M, Dewaele A, Enzlin P, Lievens J, T'Sjoen G, et al. Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen 2013:273.

[5] Kriston L, Günzler C, Rohde A, Berner MM. Is One question enough to detect female sexual dysfunctions? a diagnostic accuracy study in 6,194 Women. J Sex Med 2010;7:1831–41. doi:10.1111/j.1743-6109.2010.01729.x.

[6] Moreira ED, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann EO, Paik a, et al. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. Int J Clin Pract 2005;59:6–16. doi:10.1111/j.1368-5031.2004.00382.x.

[7] Nappi RE, Albani F, Vaccaro P, Gardella B, Salonia A, Chiovato L, et al. Use of the Italian translation of the Female Sexual Function Index (FSFI) in routine gynecological practice. Gynecol Endocrinol 2008;24:214–9. doi:10.1080/09513590801925596.

[8] Mcdonald E, Woolhouse H, Brown SJ. Consultation about Sexual Health Issues in the Year after Childbirth: A Cohort Study. Birth 2015;42:354–61. doi:10.1111/birt.12193.

[9] Sadovsky R, Alam W, Enecilla M, Cosiquien R, Tipu O, Etheridge-Otey J. Sexual problems among a specific population of minority women aged 40-80 years attending a primary care practice. J Sex Med 2006;3:795–803. doi:10.1111/j.1743-6109.2006.00288.x.

[10] 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. doi:10.1111/jsm.12395.

[11] Kuile MM, Brauer M, Laan E. De Female Sexual Function Index (FSFI) en de Female Sexual Distress Scale (FSDS): Psychometrische eigenschappen in een Nederlandse populatie 2009:207–22.

[12] Hendrickx L, Gijs L, Enzlin P. Distress, Sexual Dysfunctions, and DSM: Dialogue at Cross Purposes? J Sex Med 2013;10:630–41. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02971.x.

[13] Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: Definitions and classifications. First Int Consens Dev Conf Female Sex Dysfunct 2001;27:83–94. doi:10.1080/00926230152051707.

[14] Janssens R. 25 jaar taalevolutie in Brussel, 2001.

[15] Castelo-Branco C, Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Alberich X. Do patients lie? An open interview vs. A blind questionnaire on sexuality. J Sex Med 2010;7:873–80. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01575.x.

[16] Clark RD, Williams AA. Patient preferences in discussing sexual dysfunctions in primary care. Fam Med 2014;46:124–8.

Bijlage 1

Universitair Ziekenhuis Brussel
Vrije Universiteit Brussel

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 Brussel

PROF. DR. J. VANSINTEJAN
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel. + 32 2 / 477 53 88
Fax + 32 / 477 53 54
comissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 21-06-2017

Ons Kenmerk: 2017/124

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Screening naar seksuele dysfuncties bij vrouwen in de huisartsenpraktijk
B.U.N. 1432017320 92

Na kennis genomen te hebben van de aangepaste documenten betreffende het bovenvermelde project tijdens de vergadering van 21 juni 2017, inclusief het antwoord op de bijkomende vragen, het protocol, de enquête, de flowchart, de poster en de informatie- en toestemmingsformulieren in het Nederlands, versies 2 de 13-Jun 2017 en na bijkomende toelichting door de onderzoeker, beslist de Commissie Medische Ethiek

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

A. Van Steirteghem, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL

Bijlage 2

Studie protocol:

Tijdens dit onderzoek willen we twee dingen nagaan. De eerste onderzoeksvraag is: doet actief screenen naar seksuele disfuncties bij vrouwen het aantal meldingen van seksuele disfuncties stijgen in de huisartsenpraktijk? De tweede vraag is: kan de huisarts de patiënte die een seksuele disfunctie vermeld helpen?

Een seksuele disfunctie wordt gedefinieerd als een seksuele functiestoornis die de patiënt als lastig of als een probleem ervaart. Bij een seksuele functiestoornis is het seksueel functioneren in één van de fasen van de seksuele responscyclus verstoord. Het gaat bijvoorbeeld om orgasmestoornissen, erectiestoornissen of voortijdige ejaculatie. (Definitie van de site Sensoa.be)

Dit onderzoek zal doorgaan in de praktijk Basilic Medical Center gedurende 8 weken. De patiënten zullen op de hoogte worden gesteld van dit onderzoek aan de hand van een affiche in de wachtzaal. (Zie bijlage wachtzaal-poster)

DEEL 1 NUL-MAAND

Eerst zal er gedurende 4 weken een nul-test doorgaan (zie flowchart nul-maand). De volgende patiënten worden ingesloten in ons onderzoek:

- Vrouwen
- > 18 jaar
- Alleen op consultatie of met partner
- Frans of Nederlandstalig
- Geen weigering om deel te nemen aan het onderzoek

De volgende gegevens worden anoniem bijgehouden per patiënt:

- Leeftijd
- Alleen op consultatie of met partner
- Frans-, Nederlandstalig consult
- Reden van consult (Acuut, Chronisch, Preventief, Gemengd of seksuele disfunctie als hoofdklacht)

Er wordt ook bijgehouden of de patiënt spontaan een seksuele disfunctie vermeldt als bij-klacht.

Indien de arts vindt dat er een aanleiding (bijvoorbeeld: klachten ter hoogte van het perineum, relatieproblemen, …) is om te vragen naar de aanwezigheid van een seksuele disfunctie zal dit gevraagd worden. De aanleiding van de vraag als ook het antwoord op de vraag wordt bijgehouden.

Bij het vermelden van een seksuele disfunctie zal er worden gevraagd of dat de patiënt hiermee wenst geholpen te worden door haar huisarts. Bij een negatief antwoord wordt haar gevraagd waarom ze hier niet voor geholpen wilt worden, bij een positief antwoord zal overgegaan worden naar deel 2 van het onderzoek (zie verder).

Aan het einde van elke consultatie wordt gevraagd of de patiënt het goed vindt dat enkele van haar gegevens anoniem worden gebruikt voor een onderzoek. Indien ze niet akkoord is met de gegevensverzameling zal er niks worden bijgehouden, maar wordt de patiënt verder opgevolgd los van het onderzoek.

DEEL 1 TEST-MAAND

Gedurende 4 weken nadien is er een test-maand (zie bijlage flowchart test-maand). De inclusiecriteria zijn dezelfde als tijdens de nul-maand. Dezelfde gegevens worden genoteerd per patiënte. De interventie bestaat erin dat aan het einde van de consulatie er mondeling gescreend wordt naar seksuele disfuncties. Deze screening bestaat uit twee delen.

- Eerst wordt er toestemming gevraagd of dat er een vraag over seksualiteit gesteld mag worden.
- Indien het antwoord op de eerste vraag ja is wordt er gevraagd of de patiënt zich zorgen maakt rondom seksualiteit

Het antwoord op deze vragen wordt genoteerd.

Indien de hoofdklacht van de patiënt een seksuele disfunctie is of indien de patiënt spontaan een seksuele disfunctie vermeldt als bij-klacht wordt de screeningsvraag niet gesteld maar wordt dit wel bijgehouden.

Indien er spontaan of via de screeningsvraag een seksuele disfunctie ontdekt wordt, wordt er gevraagd aan de patiënt of ze hier hiervoor graag hulp wilt van haar huisarts. Indien niet wordt haar gevraagd achter de reden. Het antwoord op deze vragen wordt ook bijgehouden.

Aan het einde van elke consultatie wordt er net als tijdens de nul-maand gevraagd of de patiënt het goed vindt dat enkele van haar gegevens anoniem worden gebruikt voor een onderzoek. Indien ze niet akkoord is met de gegevensverzameling zal er niks worden bijgehouden, maar wordt de patiënt verder opgevolgd los van het onderzoek.

DEEL 2: WAT KAN EEN HUISARTS BETEKENEN VOOR PATIËNTEN MET EEN SEKSUELE DISFUNCTIE.

Zowel de patiënten van de nul-maand als de patiënten van de test-maand die graag hulp van de huisarts zouden hebben voor hun seksuele disfunctie komen in aanmerking voor deel 2 van het onderzoek.

De patiënt met als hoofdrede van de consultatie seksuele disfunctie komt niet in aanmerking voor deel 2 en wordt geholpen los van het onderzoek.

Er wordt aan de patiënt uitgelegd dat we momenteel bezig zijn met een wetenschappelijk onderzoek rond seksuele dysfuncties bij vrouwen en gevraagd of dat ze geïnteresseerd is om hiervoor opnieuw op consultatie te komen in het kader van dit onderzoek.

Indien de patiënte wenst deel te nemen aan het onderzoek krijgt ze een enveloppe met een schriftelijk toestemmingsformulier (zie bijlage toestemmingsformulier) in de taal van de patiënt, alsook een FSFI (zie bijlage FSFI) en FSDS (zie bijlage FSDS) met elk een gepersonaliseerde code.

De consultatie is op afspraak bij dokter Liesbeth Cromphout en is kosteloos voor de patiënt. Ze begint met het overlopen van de FSFI en FSDS die reeds is ingevuld door de patiënt. Nadien wordt het probleem verder anamnestisch opgehelderd. Indien nodig gebeurt er een klinisch onderzoek. Indien mogelijk wordt er een diagnose gesteld en een behandeling voorgesteld of doorverwezen naar een specialist, seksuoloog, psycholoog, of bekkenbodem-kinesist.

Zowel de diagnose, behandeling en doorverwijzing worden genoteerd.

De patiënt krijgt terug een enveloppe met postzegel mee met een FSFI en FSDS vragenlijst, alsook een schriftelijke enquête (zie bijlage enquête). Het is de bedoeling dat ze deze over 1 maand invullen

en opsturen naar het kabinet. Deze vragenlijsten hebben dezelfde gepersonaliseerde code als de eerste en is verder anoniem. De patiënt wordt herinnerd aan de vragenlijst via mail of sms naar keuze van de patiënt.

DATA-VERZAMELING EN DATA-ANALYSE PLAN

De data zullen verzameld worden in 2 Exceltabellen, 1 Excel tabel voor de eerste onderzoeksvraag en 1 Excel tabel voor de tweede onderzoeksvraag.

De analyse van de data zal ook in Excel gebeuren.