Introductie van een online beslishulp in de huisartsenpraktijk bij de screening naar Chlamydia Trachomatis: een kwaliteitsverbeterend project

Inse Jacobs, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

Co-promotoren: Prof. Dr. Vankrunkelsven Patrick, KU Leuven
Dr. D'Hollander Tania, PO

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2017 - 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.

ABSTRACT

Context: Chlamydia Trachomatis is de meest frequente SOA. Vroegtijdige behandeling is belangrijk om complicaties zoals pelvic inflammatory disease, tubaire infertiliteit en extra-uteriene graviditeit te voorkomen. Aangezien 70% van de infecties een asymptomatisch verloop kent, worden er nog veel gemist. Daarnaast zijn er de moeilijkheden en barrières van het SOA consult.

Onderzoeksvraag: In dit onderzoek wordt nagegaan of het gebruik van een wetenschappelijk onderbouwde beslishulp een efficiënte methode is om jonge vrouwen met een verhoogd risico op Chlamydia Trachomatis op te sporen. Secundair wordt onderzocht of de drempel voor het bespreekbaar maken van seksuele problematiek wordt verlaagd en of er minder gevoelens van schaamte worden opgewekt. Daarnaast wordt nagegaan of de kennis bij patiënten over risicogedrag is toegenomen.

Methode: In dit kwaliteitsverbeterend project met prospectief design worden seksueel actieve vrouwen tussen 18 en 35 jaar uit 4 Vlaamse huisartsenpraktijken gevraagd om een beslishulp op de website Gezondheid & Wetenschap door te nemen en hierbij 2 enquêtes in te vullen. Er werd gebruik gemaakt van verschillende oproepingsstrategieën: een affiche in de wachtzaal, een oproep op het beeldscherm in de wachtzaal en een oproep op de website van Villa Medica. De beslishulp werd ook verspreid via sociale media.

Resultaten: In totaal hebben 48 vrouwen tussen 18 en 35 jaar deelgenomen aan het onderzoek. Respectievelijk 48 en 28 patiënten hebben enquête deel 1 en deel 2 ingevuld. Opvallend is dat de onderzoekspopulatie zéér weinig risicogedrag vertoont. Ook opvallend is dat 1 op 3 van de deelnemende vrouwen het vervelend vindt om seksuele problematiek te bespreken met hun arts. In artsenpraktijk Villa Medica zien we tijdens en na de onderzoeksperiode een verhoogd aantal SOA consulten en een verhoogde screening naar Chlamydia Trachomatis. Na het doornemen van de beslishulp is 2 op 3 van de vrouwen zich méér bewust van risicogedrag. Daarnaast zien we dat de drempel tot het bespreken van seksuele problematiek is verlaagd, zowel bij de deelnemende artsen als patiënten.

Besluit: Het implementeren van deze beslishulp heeft geleid tot een verhoogde screening naar Chlamydia. Daarnaast kunnen we concluderen dat deze beslishulp een drempelverlagende en informatieve functie heeft en dat deze helpt bij het doorbreken van taboes. Verder onderzoek naar een meer efficiënte implementatiestrategie is nodig om de effectieve risico-populatie te bereiken.

INHOUDSOPGAVE

Abstract ……..3
Inleiding …… 5
Methoden …….. 6
Design en uitkomstmaten ……... 8
Resultaten …… 10
Discussie …… 14
Conclusie …… 18
Dankwoord …….. 19
Referenties……20
Bijlagen
Bijlage 1: Visgraat analyse …… 21
Bijlage 2: Enquête deel 1 …….. 22
Bijlage 3: Enquête deel 2 …….. 24
Bijlage 4: Enquête artsen …….. 25
Bijlage 5: Beslishulp ……... 26
Bijlage 6: Karakteristieken van de studiepopulatie ……... 40
Bijlage 7: Resultaten enquête deel 1 …….. 41
Bijlage 8: Resultaten enquête deel 2 …….. 42
Bijlage 9: Resultaten enquête artsen …….. 43
Bijlage 10: Protocol en goedkeuring Ethisch Comité …… 45

INLEIDING

Chlamydia Trachomatis is de meest frequente seksueel overdraagbare aandoening in België en wereldwijd.(1) De prevalentie bij zowel symptomatische als asymptomatische vrouwen in de huisartsenpraktijk in België bedraagt ongeveer 5 %. (2) Ongeveer 70% van de geïnfecteerde vrouwen heeft geen klachten waardoor frequent infecties worden gemist met als gevolg potentieel ernstige complicaties. In 8-40 % van de geïnfecteerde vrouwen ontstaat een opstijgende infectie met endometritis en pelvic inflammatory disease (PID). Littekenvorming kan aanleiding geven tot chronische buikpijn, tubaire infertiliteit en extra-uteriene graviditeit. (1) Ondanks deze hoge prevalentie, belangrijke complicaties, goede detectiemethoden en eenvoudige behandeling worden de aanbevelingen omtrent screening naar Chlamydia Trachomatis nog te weinig toegepast.

In de literatuur worden verschillende redenen en barrières opgesomd die bijdragen tot een lage screeningsgraad. Als eerste noteren we een gebrek aan kennis en alertheid wat betreft indicaties voor screening naar Chlamydia. (3) In België wordt een opportunistische screening aanbevolen waarbij wordt gesuggereerd enkel te screenen bij een geselecteerde groep van patiënten met een verhoogd risico. Dit leidt tot een betere kosteneffectiviteit en minder screeningsgerelateerde neveneffecten dan bij systematische screening. (1),(2) Een tweede barrière die leidt tot een lage screeningsgraad is de taboe die heerst rond het onderwerp. Artsen vinden het nog vaak lastig om seksuele problematiek aan te kaarten waardoor een SOA-consult als moeilijk wordt ervaren en vaak inadequaat wordt uitgevoerd. (4),(5) Bij veel artsen heerst angst om gevoelens van schaamte en stigmatisatie op te wekken, wat de arts-patiënt relatie zou kunnen schaden. Een goede arts-patiënt relatie is echter essentieel om seksuele problematiek bespreekbaar te maken, zeker bij adolescenten en jongvolwassenen. (3) Het is dan ook juist deze groep patiënten waarbij de incidentie van Chlamydia de laatste jaren fors is toegenomen. Gegevens van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid tonen een significante stijging van de incidentie van Chlamydia tussen 2002 en 2013 in België, wat vooral te wijten is aan een toename van het aantal diagnosen bij vrouwen tussen 20 en 24 jaar. (6), (17)

Huisartsen nemen een unieke positie in voor screening omwille van de laagdrempeligheid en goede bereikbaarheid van de doelgroep (adolescenten en jongvolwassenen). Uiteraard speelt de huisarts een belangrijke rol maar anderzijds vindt ook een evolutie plaats waar de patiënt zelf een meer actieve rol krijgt in het zorgproces. Het informeren, actief betrekken en stimuleren van de patiënt wordt samengevat onder de term ‘patient empowerment’. Dit concept is steeds belangrijker geworden in de hedendaagse gezondheidszorg waar een transitie plaatsvindt van een systeem waar de arts centraal staat naar een systeem waar de patiënt meer centraal staat. (16) Beslishulpen vormen een goede ondersteuning voor ‘patient

empowerment' en gedeelde besluitvorming. Op die manier wordt de rol van de patiënt versterkt en wordt deze beschouwd als een volwaardige partner bij besluitvorming. De beslishulp in dit onderzoek werd gebaseerd op een format, ontwikkeld door de International Patient Decision Aid Standards Collaboration (IPDAS). Hierbij wordt meer inzicht geboden in de verschillende keuze-opties. Persoonlijke waarden en voorkeuren van de patiënt worden mee geïntegreerd in het besluitvormingsproces.(12) Dit laat de arts toe om meer individueel en patiëntgericht te werken, wat de kwaliteit van de communicatie bevordert. (7), (13),(14) In onderzoek is vastgesteld dat een pre-consult model waarbij de beslishulp voorafgaand aan de consultatie wordt verspreid het meest efficiënt is. Op deze manier verloopt het eerste consult bij de arts zo optimaal mogelijk en dit bevordert de kwaliteit van de zorg. (15) Daarnaast wordt in de literatuur de voorkeur gegeven om de beslishulp algemeen te verspreiden in plaats van op voorhand te selecteren op basis van inclusie- en exclusiecriteria. (15)

In dit onderzoek wordt nagegaan wat het effect is van een online beslishulp op de screeningsgraad van Chlamydia Trachomatis. Secundair wordt onderzocht of de drempel tot het bespreekbaar maken van deze problematiek wordt verlaagd en of er minder gevoelens van schaamte en stigmatisatie worden opgewekt. Secundair wordt eveneens nagegaan of de kennis bij patiënten over risicogedrag en risicofactoren is toegenomen.

METHODEN

Audit

Om de huidige kwaliteit wat betreft screening naar Chlamydia Trachomatis te evalueren in huisartsenpraktijk 'Villa Medica' te Rijkevorsel werd een AUDIT uitgevoerd. Door middel van een retrospectief onderzoek in het elektronisch medisch dossier werd het aantal diagnoses van Chlamydia Trachomatis nagegaan in de periode van 1 januari 2014 tot en met 1 januari 2016 en dit bij vrouwen tussen 18 en 35 jaar (dezelfde inclusiecriteria als in de studie). Om verbeteringen wat betreft screening naar Chlamydia Trachomatis in de praktijkvoering te suggereren werd een praktijkoverleg georganiseerd. Tijdens dit overleg werden aan de hand van het Ishikawa-diagram of beter gekend als visgraat model[1] verschillende oorzaken gezocht voor het probleem van de lage screeningsgraad. (Bijlage 1)

[1] Een Ishikawa-diagram of visgraat-analyse is een model ontworpen door Kaoru Ishikawa. Dit model tracht met een brede blik de oorzaken van een welgedefinieerd probleem te analyseren, rekening houdend met verschillende domeinen. (10) De oorzaken worden gerangschikt in 4 domeinen, respectievelijk: arts- & patiëntniveau, materiaal & methoden, praktijkfunctioneren en externe maatschappelijke factoren. (11)

Na de onderzoeksperiode werd opnieuw een retrospectief onderzoek uitgevoerd in het elektronisch medisch dossier waarbij de incidentie van Chlamydia Trachomatis in de huisartsenpraktijk 'Villa Medica' tijdens de onderzoeksperiode wordt vergeleken met de periode vóór het implementeren van de beslishulp. Daarnaast werd gekeken naar het aantal SOA- consulten tijdens de onderzoeksperiode. Op die manier kunnen we nagaan of er meer en/of beter wordt gescreend naar Chlamydia Trachomatis. Deze resultaten werden opnieuw besproken met de artsen op een praktijkoverleg.

Studiepopulatie en recruteringsmethode

Voor dit kwaliteitsbevorderend onderzoek werden seksueel actieve vrouwen tussen 18 en 35 jaar geïncludeerd. Deze inclusiecriteria zijn gebaseerd op de Belgische aanbeveling van Domus Medica: 'Actieve opsporing van Chlamydia Trachomatis in de huisartsenpraktijk'. Deze aanbeveling suggereert een opportunistische screening bij jonge vrouwen onder de leeftijd van 35 jaar. Omdat enkel seksueel actieve vrouwen een SOA kunnen oplopen werd dit aspect ook opgenomen in de inclusiecriteria. Zowel patiënten uit huisartsenpraktijk 'Villa Medica' te Rijkevorsel als patiënten uit andere Vlaamse huisartsenpraktijken werden uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Mannen, zwangere vrouwen en vrouwen die nog nooit seksuele contacten hebben gehad werden geëxcludeerd. Patiënten die niet de mogelijkheid hadden om een online beslishulp in te vullen werden eveneens geëxcludeerd.

De patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria werden gerekruteerd over een periode van 5 maanden (september 2017 tot en met januari 2018). Zij werden uitgenodigd om een online beslishulp door te nemen op de website Gezondheid en Wetenschap en 2 bijhorende enquêtes (deel 1 en deel 2) in te vullen. Rekrutering gebeurde via verschillende methoden: een informatiebrief, een affiche in de wachtzaal en een oproep op het beeldscherm in de wachtzaal van huisartsenpraktijk Villa Medica. Er werd ook een oproep gedaan op de algemene website en facebook pagina van Villa Medica. Vrouwen die in aanmerking kwamen voor het onderzoek werden ook rechtstreeks aangesproken op consultatie. Via de zoekfunctie van het elektronisch medisch dossier Care Connect werd een zoekopdracht uitgevoerd waarbij de beoogde leeftijdsgroep uit de vrouwelijke patiëntenpopulatie werd geselecteerd. Beschikbare e-mailadressen werden gebruikt om een uitnodigende e-mail te sturen voor deelname aan het onderzoek. Ook andere Vlaamse huisartsenpraktijken werden aangesproken om deel te nemen aan het onderzoek. Zij werden uitgenodigd om een affiche met een korte uitleg en een link met verwijzing naar de beslishulp op te hangen in de wachtzaal. 3 andere Vlaamse huisartsenpraktijken (1 in Rijkevorsel, 1 in Merksplas en 1 in Geel) hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Omwille van technische hindernissen kon de beslishulp niet meteen op de website van Gezondheid & Wetenschap worden geplaatst. Hierdoor werd initieel gestart met een power point presentatie die via e-mail werd verzonden.. Nadien werd de beslishulp via een link op de website Gezondheid & Wetenschap geplaatst waardoor deze ook toegankelijk werd voor andere patiënten.

DESIGN EN UITKOMSTMATEN

Design

Het betreft een kwaliteitsverbeterend onderzoek met prospectief observationeel design waarbij een online beslishulp wordt geïmplementeerd in de praktijk om de screening naar Chlamydia Trachomatis te verbeteren. De beslishulp werd op een wetenschappelijke manier opgesteld conform de kwaliteitscriteria van de van de Patiënt Decision Aid Standards Collaboration (IPDAS). Om de kwaliteit van de decision aids te bewaken werd een checklist opgesteld bestaande uit 47 criteria, onderverdeeld in 3 luiken: inhoudelijke criteria, criteria betreffende het ontwikkelingsproces en criteria betreffende efficiëntie van de beslishulp.

De beslishulp werd ontwikkeld in de vorm van een power point en via een link online geplaatst op de website Gezondheid & Wetenschap. Deze website werd opgericht door de Vlaamse Gemeenschap met als doel het informeren van patiënten omtrent verschillende gezondheidsaspecten, gebaseerd op betrouwbare en wetenschappelijke informatiebronnen. Inhoudelijk werd de beslishulp opgesteld conform de guidelines van Domus Medica. De beslishulp werd beoordeeld op inhoud en vorm door experten en vervolgens aangepast. De finale versie werd voorgesteld voor de verantwoordelijken van Gezondheid & Wetenschap waarna deze werd goedgekeurd. Er werd geopteerd om de beslishulp te verspreiden volgens het pre-consult model in de periode van september 2017 tot en met januari 2018 en dit voor alle vrouwen tussen 18 en 35 jaar (15). De beslishulp werd toegevoegd in bijlage (bijlage 5).

In de beslishulp werden 2 enquêtes verwerkt: één aan het begin en één aan het einde van de beslishulp. Deze peilen naar achtergrondgegevens en bevatten verschillende stellingen rond seksueel gedrag en seksuele problematiek. De enquêtes werden afgesloten begin februari 2018. Vervolgens werd ook een korte enquête verstuurd naar de deelnemende artsen ter evaluatie van de beslishulp.

Uitkomstmaten

Primair wordt nagegaan wat het effect is van een online beslishulp op de screeningsgraad van Chlamydia Trachomatis. Een AUDIT werd uitgevoerd waarbij de huidige kwaliteit van screening werd vergeleken met de deze na het implementeren van de beslishulp. Om de huidige kwaliteit na te gaan werd een kort retrospectief onderzoek uitgevoerd in het elektronisch medisch dossier waarbij de incidentie van Chlamydia Trachomatis over een periode van 2 jaar werd nagegaan. Dit werd vergeleken met de incidentie na de onderzoeksperiode dus na het implementeren van de beslishulp. Daarnaast werd gekeken naar het aantal SOA consulten tijdens de onderzoeksperiode. Op die manier kunnen we nagaan of er meer en/of beter wordt gescreend naar Chlamydia Trachomatis.

Secundair wordt nagegaan of de drempel tot het bespreekbaar maken van seksuele problematiek wordt verlaagd en of er minder gevoelens van schaamte en stigmatisatie worden opgewekt door het implementeren van deze beslishulp in de praktijk. Daarnaast wordt nagegaan of de kennis bij patiënten over risicogedrag en risicofactoren is toegenomen. Deze secundaire uitkomstmaten werden bekomen door het invullen van 2 enquêtes. Deze enquêtes zijn volledig anoniem en werden opgesteld via de website www.enquetemaken.be. Patiënten konden deze invullen vanaf september 2017 tot en met januari 2018.

Voorafgaand aan de beslishulp werd gevraagd om enquête deel 1 in te vullen. Deze enquête peilt naar achtergrondvariabelen (demografische gegevens, risicogedrag en risicofactoren) en schetst de situatie vóór de interventie wat betreft het bespreken van seksuele problematiek. Deze enquête bestaat uit 14 vragen. (Bijlage 2) Na de interventie werd opnieuw gevraagd om een korte enquête (enquête deel 2) in te vullen. Deze enquête bevat 4 stellingen. Met de eerste 2 stellingen wordt bevraagd of het gebruik van de beslishulp drempelverlagend werkt en of er minder gevoelens van schaamte en stigmatisatie worden opgewekt. Met de laatste 2 stellingen wordt bevraagd of de patiënten goed geïnformeerd werden door de beslishulp en of ze zich nu méér bewust zijn van risicogedrag en risicofactoren wat betreft Chlamydia. (Bijlage 3)

Na de interventie gebeurde eveneens een bevraging bij de artsen die deelnamen aan het onderzoek en de beslishulp in hun praktijk hebben geïmplementeerd. Deze enquête bevat 4 stellingen. Met de eerste 2 stellingen wordt nagegaan of de beslishulp efficiënt en effectief is in het verlagen van drempels rond seksuele problematiek. Daarnaast wordt bevraagd of zij het gebruik van deze beslishulp in de praktijk beschouwen als nuttig en zinvol. De artsen konden zelf suggesties/verbeteringen formuleren wat betreft inhoud en vorm van de beslishulp. (Bijlage 4)

Data analyse

De achtergrondvariabelen werden ingevoerd in een Microsoft Excel bestand. De antwoorden op de stellingen van enquête deel 1 en deel 2 werden eveneens ingevoerd in een Excel bestand. Voor de antwoorden op deze stellingen werd gebruik gemaakt van een Likert-schaal waarbij de antwoordmogelijkheden variëren van zeker akkoord tot zeker niet akkoord. Ook voor de bevraging bij de artsen werd gebruik gemaakt van deze Likert-schaal. De som van de antwoorden ‘eerder akkoord’ en ‘zeker akkoord’ werden samen verwerkt tot ‘akkoord’. Op gelijkaardige wijze betreft ‘niet akkoord’ de som van de antwoorden ‘eerder niet akkoord’ en ‘zeker niet akkoord’. Al deze data werden verder verwerkt aan de hand van een univariate beschrijvende analyse en worden grafisch weergegeven in bijlagen.

Resultaten

Audit

Het aantal nieuwe diagnoses van Chlamydia Trachomatis werd nagegaan in de periode van 1 januari 2014 tem 1 januari 2016 en dit bij vrouwen tussen 18 en 35 jaar. Deze retrospectieve analyse leverde slechts 4 nieuwe diagnosen op. Als we eveneens mannen includeren en geen leeftijdsgrens stellen levert dit 10 nieuwe diagnoses op in een populatie van ongeveer 2500 patiënten. Omwille van een minder gebruiksvriendelijk elektronisch medisch dossier en slechte codering is het zéér moeilijk om voor deze periode het aantal SOA consulten na te gaan. Na afloop van het onderzoek werd opnieuw een retrospectieve studie uitgevoerd. Het aantal nieuwe diagnoses van Chlamydia Trachomatis werd nagegaan bij vrouwen tussen 18 en 35 jaar en dit tijdens de onderzoeksperiode (september 2017 tot en met januari 2018). Dit retrospectief onderzoek leverde 3 nieuwe diagnoses op over een periode van 5 maanden. In kader van het onderzoek hebben nog 3 andere vrouwen zich aangeboden voor verdere screening naar Chlamydia Trachomatis na het doornemen van de beslishulp maar deze testten negatief. Daarnaast zien we dat er tijdens de onderzoeksperiode 8 SOA consulten hebben plaatsgevonden omwille van ongerustheid of vraag naar screening (binnen de doelgroep). Deze resultaten werden besproken op een praktijkoverleg.

Visgraatanalyse

Op een praktijkoverleg werden verschillende verklaringen gezocht voor het probleem van de lage screeningsgraad van Chlamydia Trachomatis en dit aan de hand van een visgraatanalyse. Deze analyse werd uitgevoerd op 4 domeinen, respectievelijk: arts- &

patiëntniveau, materiaal & methoden, praktijkfunctioneren en externe maatschappelijke factoren. (11)

Na deze analyse kunnen we besluiten dat er op arts-niveau heel wat oorzaken terug te vinden zijn voor een lage screeningsgraad: er is een gebrek aan kennis en alertheid wat betreft de indicaties voor screening naar Chlamydia trachomatis. Bij de mannelijke arts die weinig gynaecologische problemen ziet neemt de kennis nog verder af. Daarnaast is de drempel om seksuele problematiek ter sprake te brengen té hoog. Angst om gevoelens van schaamte en stigmatisatie op te wekken is bij alle artsen aanwezig. Deze factoren spelen ook bij de patiënt een rol. Daarnaast zijn er ook heel wat oorzaken die zich situeren op praktijk-niveau. Omwille van een elektronisch medisch dossier met een minder gebruiksvriendelijke databank werd er slecht gecodeerd, er ontbreekt een praktijkconsensus rond screening naar Chlamydia Trachomatis, seksuele anamnese verloopt inconsistent en in het dossier is geen aparte ruimte voorzien om gegevens uit de seksuele anamnese te noteren. Wat betreft materiaal en methoden zijn er problemen naar boven gekomen zoals onduidelijkheid over welke methode de meest efficiënte is voor opsporing van Chlamydia Trachomatis. Een zeer gevarieerd aanbod aan vaginale wissers zorgde eveneens voor verwarring en onduidelijkheid. Enkele externe factoren spelen ook een rol in de lage screeningsgraad zoals de terugbetaling van het onderzoek naar Chlamydia. Dit is gratis tot en met de leeftijd van 20 jaar. Vanaf 21 jaar wordt dit enkel terugbetaald in klinische context van een risicogroep of bij duidelijke tekens van een infectie met een maximum van 2 maal per jaar. Invloed van de partner kan voor patiënten ook een reden zijn om zich al dan niet te laten screenen. Daarnaast gaan veel vrouwen voor gynaecologische problemen naar de gynaecoloog waardoor wij als huisarts soms niet op de hoogte zijn en dus de continuïteit van de zorg missen. (Bijlage 1)

Socio-demografie en populatiebeschrijving

Over verloop van een periode van 5 maanden hebben 48 vrouwen tussen 18 en 35 jaar die voldeden aan de inclusiecriteria hun schriftelijke toestemming gegeven en deelgenomen aan het onderzoek. Respectievelijk 48 en 28 vrouwen hebben hierbij enquête deel 1 en deel 2 ingevuld. De enquêtes werden afgesloten eind januari 2018. Vervolgens hebben 6 huisartsen uit 4 deelnemende artsenpraktijken de enquête ter evaluatie van de beslishulp ingevuld.

De leeftijd van de studiepopulatie werd onderverdeeld in 3 categorieën van gelijke grootte: 18-23 jaar, 24-29 jaar en 30-35 jaar. 14,5% (n = 7) van de deelnemende vrouwen zijn tussen 18 en 23 jaar, 58,3% (n = 28) is tussen 24 en 29 jaar en 27,1% (n = 13) is tussen 30 en 35 jaar. Verder is 20,8% (n = 10) van de deelnemende vrouwen alleenstaand, 27 % (n = 13) heeft een relatie maar woont nog niet samen, 37,5% (n = 18) woont samen met haar partner en 14,5%

(n = 7) is gehuwd. Wat betreft etniciteit is slechts 1 vrouw afkomstig uit Nederland, alle andere vrouwen zijn afkomstig uit België. 27,1% (n = 13) van de deelnemende patiënten is nog student. De overige 72,9% (n = 35) oefent actief een beroep uit. Wat betreft het opleidingsniveau heeft 39,6% (n = 19) een diploma middelbaar onderwijs. 18,8% (n = 9) heeft een bachelor diploma hoger onderwijs en 41,7% (n = 20) heeft een master diploma hoger onderwijs. Wat betreft de seksuele achtergrond heeft 4,2% (n = 2) van de deelnemende vrouwen het afgelopen jaar méér dan 2 partners gehad. 14,6% (n = 7) had het afgelopen jaar 2 partners. 81,3% (n = 39) van de deelnemende vrouwen had het afgelopen jaar slechts 1 seksuele partner. Wat betreft condoomgebruik de laatste 12 maanden heeft slechts 8,3% (n = 4) van de deelnemende vrouwen altijd een condoom gebruikt bij seksuele contacten. 6,3% (n = 3) geeft aan 'vaak' een condoom te hebben gebruikt, 10,4% (n = 5) soms, 10,4% (n = 5) zelden en 64,6% (n = 31) heeft het afgelopen jaar nooit een condoom gebruikt. Wat betreft anticonceptie geeft 89,6% (n = 43) van de deelnemende vrouwen aan dat zij een of andere vorm van anticonceptie gebruikt (uitgezonderd condoom). 10,4% (n = 5) van de vrouwen gebruikt géén anticonceptie. 4 van de 48 deelnemende vrouwen hebben in het verleden reeds een SOA gehad waarvan 2 met Chlamydia Trachomatis, 1 Herpes en 1 Humaan Papilloma Virus. Een gedetailleerd overzicht van de patiënten karakteristieken wordt weergegeven in bijlage 6.

Pre-enquête (enquête deel 1)

48 vrouwen hebben deze enquête ingevuld. (Bijlage 7) Wat betreft drempels tot het bespreken van seksuele problematiek geeft 29,2% (n = 14) aan dat zij het vervelend vinden om seksueel gedrag te bespreken met de huisarts. 64,6% (n = 31) vindt dit geen probleem. 6,3% (n = 3) van de vrouwen heeft hier geen mening over. Van de 14 vrouwen die het moeilijk vinden om seksueel gedrag met de huisarts te bespreken geeft 42,9% (n = 6) aan dat ze de drempel te hoog vinden, 50% (n = 7) geeft aan dat ze zich schamen om seksueel gedrag met de arts te bespreken, 21,4% (n = 3) vindt het veroordelend om seksueel gedrag met de arts te bespreken en 21,4% (n = 3) heeft angst om veroordeeld te worden door de arts. Patiënten hadden ook de optie om andere redenen in te vullen. 1 vrouw geeft aan dat ze er met zéér weinig mensen over praat maar indien nodig zou ze het wel bespreken met haar arts. Daarnaast geeft nog een andere vrouw aan dat ze het moeilijk vindt om dit met de huisarts te bespreken aangezien deze dicht bij haar en haar familie staat. Ze zou het minder vervelend vinden om dit met een gynaecoloog te bespreken omwille van de grotere afstand.

Wat betreft risicogedrag en -factoren rond Chlamydia Trachomatis geeft 8,33% (n = 4) van de deelnemende vrouwen aan dat zij hier onvoldoende kennis over hebben. 91,7% (n = 44) is

zich wel voldoende bewust van risicogedrag en -factoren. Daarnaast schat 18,8% (n = 9) van de vrouwen haar kennis rond veilig seksueel gedrag en SOA's in het algemeen in als 'matig', 50% (n = 24) als 'goed' en 29,2% (n = 14) als 'zeer goed'.

Post-enquête (enquête deel 2)

In totaal hebben 28 vrouwen deze enquête ingevuld. (Bijlage 8) 78,6% (n = 22) van de vrouwen beschouwt het gebruik van deze beslishulp, voorafgaand aan de consultatie, als drempelverlagend om seksuele problematiek te bespreken met hun arts. 21,4% (n = 6) heeft hierover geen mening. 75% (n = 21) vindt dat er door het gebruik van deze beslishulp minder gevoelens van schaamte en stigmatisatie worden opgewekt. 92,9% (n = 26) van de vrouwen die deze enquête hebben ingevuld vinden dat de beslishulp hen goed heeft geïnformeerd naar de verschillende aspecten omtrent screening naar Chlamydia Trachomatis en vinden dat ze op een bewuste manier een keuze kunnen maken. 3,6% (n = 1) heeft hierover geen mening en 1 persoon vind dat er te veel uitleg wordt gegeven met te veel medisch vakjargon. 60,7% (n = 17) van de vrouwen die de enquête hebben ingevuld geven aan dat ze na het doornemen van de beslishulp méér bewust zijn wat betreft risicogedrag en -factoren rond Chlamydia Trachomatis. 21,4% (n = 6) heeft hierover geen mening. 14,3% (n = 4) van de vrouwen is hier niet mee akkoord en zijn zich niet méér bewust na het doornemen van de beslishulp.

Bevraging huisartsen

6 huisartsen uit 4 deelnemende praktijken hebben deze enquête ingevuld. (Bijlage 9) 5 van de 6 deelnemende artsen zijn akkoord met het feit dat deze beslishulp de drempel verlaagt tot het bespreekbaar maken van seksuele problematiek. 1 arts heeft hierover geen mening. Alle 6 artsen zijn er mee akkoord dat er door het gebruik van deze beslishulp minder gevoelens van schaamte en stigmatisatie worden opgewekt. 4 van de 6 deelnemende artsen beschouwen deze beslishulp als nuttig en zinvol ter ondersteuning van het SOA consult en zouden deze verder willen gebruiken in de praktijk. 1 arts is hier niet mee akkoord. De reden hiervoor is dat er geen reactie is gekomen op de beslishulp. Er werd ook gevraagd naar suggesties of verbeteringen wat betreft inhoud en vorm van de beslishulp. 1 arts gaf aan dat de beslishulp beter bereikbaar moet zijn voor patiënten. Een andere arts gaf als opmerking dat zij niet werd aangesproken door de patiënten over de beslishulp. Nog een andere arts gaf aan dat de beslishulp vrij lang was.

DISCUSSIE

Pre- onderzoek Audit

Het resultaat van de AUDIT in de praktijk staat in scherp contrast met de cijfers en gegevens die we terugvinden in het SOA jaarrapport van het wetenschappelijk instituut volksgezondheid uit 2013. In Vlaanderen is de gerapporteerde incidentie van Chlamydia Trachomatis bij vrouwen in het jaar 2013 54/100.000 inwoners. (17) De hoogste incidentiecijfers worden gerapporteerd in de leeftijdscategorie 20-24 jaar (ongeveer 350/100.000 inwoners). (17) In vergelijking met deze resultaten zien we dat de incidentie van Chlamydia Trachomatis in de huisartsenpraktijk 'Villa Medica' te Rijkevorsel dus bijzonder laag is. Op een praktijkoverleg werd duidelijk dat deze lage incidentie het gevolg is van een zéér lage screeningsgraad. Onderliggende verklaringen voor deze lage screeningsgraad werden bestudeerd aan de hand van een visgraat-analyse.

Visgraat analyse

Uit de visgraat-analyse kan men concluderen dat er nood is aan een efficiënte manier om te screenen naar Chlamydia Trachomatis in de risicopopulatie. Zoals reeds aangehaald dragen multipele factoren bij aan deze lage screeningsgraad. Voornamelijk een te hoge drempel (bij zowel arts als patiënt) als gebrek aan kennis en alertheid bij artsen wat betreft indicaties voor screening spelen hierbij een belangrijke rol. Door implementatie van een online beslishulp trachten we zowel het praktijkfunctioneren te verbeteren als de barrières aan te pakken om seksuele problematiek aan te kaarten.

Post- onderzoek Audit

Het retrospectief onderzoek na de onderzoeksperiode toont aan dat er op een korte periode van 5 maanden reeds 3 nieuwe diagnoses van Chlamydia Trachomatis werden vastgesteld in de doelgroep (vrouwen tussen 18 en 35 jaar). In deze periode hebben er ook 8 SOA consulten plaatsgevonden binnen deze doelgroep. Deze cijfers liggen duidelijk hoger dan de resultaten van de periode vóór het onderzoek. Op een praktijkoverleg werd duidelijk dat de artsen in Villa Medica zich nu méér bewust zijn van de indicaties voor screening naar Chlamydia Trachomatis en de klachten die hiermee gepaard kunnen gaan. Daarnaast zien we ook dat de drempel tot het bespreken van deze problematiek is verlaagd. De kwaliteit in deze praktijk is dus duidelijk verbeterd.

Bespreking van de resultaten

6 artsen uit 4 Vlaamse huisartsenpraktijken en 48 vrouwelijke patiënten tussen 18 en 35 jaar hebben deelgenomen aan het onderzoek. Deze respons ligt niet zo hoog. Een mogelijke verklaring hiervoor is de taboe die nog steeds rond dit onderwerp heerst. In artsenpraktijk Villa Medica reageerden enkele patiënten toch wat geschrokken over het onderwerp. Een andere mogelijke verklaring is de minder goede bereikbaarheid van de beslishulp. De patiënten moesten de beslishulp zelf downloaden via een link die werd verspreid. Als we nagaan welke patiënten we hebben bereikt zien we dat vooral vrouwen uit de leeftijdscategorie 24 tot 29 jaar hebben deelgenomen. Slechts 10 van de 48 deelnemende vrouwen zijn alleenstaand, de anderen zijn in een relatie (al dan niet samenwonend) of gehuwd. Wat betreft etniciteit treffen we een weinig diverse onderzoekspopulatie. 1 patiënt is afkomstig uit Nederland en verder zijn alle deelnemende vrouwen afkomstig uit België. Rijkevorsel is een vrij landelijke gemeente, doch met veel inwoners uit Roemenië en Portugal die we hier niet hebben bereikt. Wat betreft het opleidingsniveau kunnen we besluiten dat de onderzoekspopulatie bestaat uit vrouwen met een gemiddeld tot hoog opleidingsniveau. Ongeveer 1 op 4 van de deelnemende patiënten is nog student. Wat betreft het aantal seksuele partners vertoont de onderzoekspopulatie weinig risico-gedrag. De grote meerderheid heeft slechts 1 seksuele partner gehad de voorbije 12 maanden. Slechts 2 van de 48 deelnemende vrouwen hebben méér dan 2 partners gehad. Wat betreft condoomgebruik zien we dat de onderzoekspopulatie wel risicogedrag vertoont. Ruim 2 op 3 van de deelnemende vrouwen zou het voorbije jaar nooit een condoom hebben gebruikt. Slechts 4 van de 48 vrouwen geven aan dat zij altijd een condoom gebruiken wat een zéér laag percentage is. Er wordt wel goed gebruik gemaakt van andere anticonceptieve middelen maar deze beschermen echter niet tegen SOA's. In deze studie zien we geen relatie tussen condoomgebruik en de leeftijd. Als we kijken naar voorgeschiedenis van SOA's zien we dat slechts 4 van de 48 deelnemende vrouwen ooit een SOA heeft gehad. Nochtans gebruikt de overgrote meerderheid zelden of nooit een condoom. Hieruit kunnen we dus opnieuw besluiten dat er verder zéér weinig andere risicofactoren aanwezig zijn in de onderzochte populatie.

Algemeen kunnen we concluderen dat de deelnemende patiëntenpopulatie weinig heterogeen is en zéér weinig risicofactoren of risicogedrag vertoont voor Chlamydia Trachomatis, uitgezonderd het condoomgebruik. Literatuurgegevens tonen aan dat risicogedrag de meest courante voorspeller is van een infectie met Chlamydia Trachomatis (1). Hieronder wordt verstaan multipele seksuele partners, verandering van partner, geen of inconsistent condoomgebruik. Verder spelen ook socio-demografische factoren een rol zoals een andere etniciteit, laag inkomen en opleidingsniveau, alleenstaand. Deze risicopopulatie werd in dit onderzoek dus niet echt bereikt. Nochtans werd geopteerd om de beslishulp algemeen te

verspreiden voor alle vrouwen tussen 18 en 35 jaar waarbij verdere inclusiecriteria pas werden verduidelijkt in de beslishulp zelf. Er vond dus geen selectie plaats op voorhand.

Opvallend is dat slechts 28 vrouwen de tweede enquête na het doornemen van de beslishulp hebben ingevuld terwijl 48 vrouwen enquête deel 1 hebben ingevuld. Nochtans werd in het begin van de beslishulp duidelijk vermeld dat er nog een korte tweede enquête volgt. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn het vroegtijdig beëindigen van deelname of onduidelijkheid over het invullen van de 2 enquêtes. Een andere mogelijke verklaring is het feit dat vrouwen die niet voldeden aan de criteria voor verdere screening de beslishulp vroegtijdig hebben beëindigd en dus niet tot aan de tweede enquête zijn geraakt.

Opvallend is dat 1 op 3 van de deelnemende vrouwen het vervelend vindt om seksueel gedrag met de arts te bespreken. Als we verder kijken naar de onderliggende redenen hiervoor zien we dat een té hoge drempel en gevoelens van schaamte als meest frequente redenen worden aangehaald, gevolgd door angst voor om veroordeeld te worden door hun arts ofwel angst voor stigmatisatie. Deze redenen zijn zeer herkenbaar en worden ook aangehaald in de literatuur. (5), (18) Hieruit kunnen we dus concluderen dat er nog steeds een sfeer van taboe heerst rond dit onderwerp en dat het nog steeds ongemakkelijk is om seksuele problematiek te bespreken. Uit de resultaten van enquête deel 2 (na implementatie van de beslishulp) kunnen we besluiten dat door het gebruik van deze beslishulp de drempel tot het bespreken van seksuele problematiek wordt verlaagd. 3 op 4 van de vrouwen die enquête deel 2 heeft ingevuld beschouwt het gebruik van de beslishulp, voorafgaand aan de consultatie, als drempelverlagend én vindt dat er minder gevoelens van schaamte en stigmatisatie worden opgewekt. Algemeen kunnen we dus besluiten dat deze beslishulp een goede ondersteuning vormt bij het SOA consult.

Het is opvallend dat de grote meerderheid zich reeds goed bewust is van risicogedrag en -factoren wat betreft Chlamydia vóór het doornemen van de beslishulp. Een mogelijke verklaring hiervoor is het matig tot hoog opleidingsniveau van de onderzoekspopulatie. Dit doet ons ook vermoeden dat er toch selectiebias is opgetreden. Opvallend is wel dat na implementatie van de beslishulp 2 op 3 van de deelnemende vrouwen aangeeft dat ze zich nu toch méér bewust zijn van risicogedrag en -factoren. Mogelijks is er dus een overschatting van de eigen kennis ofwel heeft de beslishulp toch nieuwe inzichten en informatie aangeboden. Uiteraard moet men ook rekening houden met het effect van ‘response bias’ waarbij patiënten het wenselijke antwoord hebben ingevuld. Aangezien de kennis en het bewustzijn over risicogedrag en risicofactoren bij de onderzoekspopulatie is toegenomen kunnen we besluiten dat deze beslishulp ook een informatieve functie heeft en mogelijks een rol zou kunnen spelen in primaire preventie van Chlamydia Trachomatis. Het implementeren van deze beslishulp in

de praktijk zou mogelijks kunnen leiden tot veiliger seksueel gedrag bij patiënten. Verder onderzoek is uiteraard nodig.

Als we kijken naar de bevraging bij de artsen kunnen we concluderen dat de meerderheid vindt dat de drempel tot het bespreekbaar maken van seksuele problematiek wordt verlaagd door implementatie van deze beslishulp in de praktijk. Iedereen was ermee akkoord dat er minder gevoelens van schaamte en stigmatisatie werden opgewekt. Een belangrijke opmerking die meermaals terugkwam is dat de beslishulp beter bereikbaar moest zijn voor patiënten. Sommige artsen werden niet aangesproken over de beslishulp en merkten dat er weinig respons was. Taboe rond het onderwerp kan hier opnieuw een rol spelen. Een andere verklaring hiervoor is het gebruik van een link die verwijst naar de beslishulp op Gezondheid & Wetenschap. Via deze link kon de beslishulp worden gedownload. Een kleine meerderheid van de artsen vindt deze beslishulp nuttig en zinvol ter ondersteuning van het SOA consult en zou deze verder willen gebruiken in de praktijk. Er ligt dus zeker een toekomst in het gebruik van zulke beslishulpen. Uiteraard is grootschaliger onderzoek hiervoor nodig.

Sterktes en zwaktes van de studie

Het onderzoek werd gebaseerd op de Domus Medica Richtlijn ‘actieve opsporing van Chlamydia Trachomatis in de huisartsenpraktijk’ waarbij de indicaties voor screening naar Chlamydia duidelijk zijn en conform de aanbevelingen werden opgesteld. Ook het informatieve luik in de beslishulp werd gebaseerd op bestaande aanbevelingen. Bij het verspreiden van de beslishulp werd niet op voorhand geselecteerd op basis van risicogedrag en risicofactoren om selectiebias te vermijden. Er werd geopteerd om de beslishulp naar alle vrouwen tussen 18 en 35 jaar te verspreiden waarbij verdere inclusiecriteria in de beslishulp zelf verduidelijkt werden.

Omwille van een zeer kleine steekproef van slechts 48 patiënten en 4 deelnemende artsenpraktijken was de onderzoekspopulatie te klein om algemene conclusies te formuleren. De resultaten zijn dus niet representatief. Om algemene conclusies te kunnen formuleren is grootschaliger onderzoek met een grotere studiepopulatie noodzakelijk. Aangezien we een steekproef treffen die weinig heterogeen is en zeer weinig risicogedrag of risicofactoren vertoont voor Chlamydia Trachomatis kunnen we besluiten dat er toch een vorm van selectiebias aanwezig is. Waar men ook rekening mee moet houden is het optreden van response bias bij het invullen van de enquêtes, zowel bij de artsen als patiënten, waarbij het wenselijke antwoord werd ingevuld.

Een andere limitatie van het onderzoek is de minder goede bereikbaarheid van de beslishulp. De beslishulp moest worden gedownload via een link op de website Gezondheid & Wetenschap. Hierdoor was het minder evident om de beslishulp te verspreiden. Daarnaast zijn ook beperkingen verbonden aan de lay-out en het design van de beslishulp zoals het eerder statische aspect (de beslishulp werd opgesteld in de vorm van een lineaire presentatie). Het betreft uiteraard een proefproject binnen Gezondheid & Wetenschap. In de toekomst zouden dergelijke beslishulpen meer interactief en beter toegankelijk kunnen worden.

CONCLUSIE

Algemeen kunnen we concluderen dat de artsen in huisartsenpraktijk Villa Medica te Rijkevorsel méér gesensibiliseerd zijn wat betreft indicaties voor screening naar Chlamydia Trachomatis door implementatie van deze beslishulp. Daarnaast werden ook de barrières van het SOA consult aangepakt en zien we dat de drempel tot het bespreken van seksuele problematiek is verlaagd. Tijdens en na de onderzoeksperiode zien we een verhoogde screening naar risicogedrag en -factoren en bijgevolg ook een verhoogde screening naar Chlamydia Trachomatis én we zien een verhoogd aantal SOA consulten. In België wordt een opportunistische screening aanbevolen van vrouwen met een risicoprofiel. Deze doelgroep werd echter niet bereikt in dit onderzoek. Hier kunnen we ons de vraag stellen hoe we dit wél kunnen realiseren. Mogelijke oplossingen hiervoor zijn een betere toegankelijkheid van de beslishulp, het verspreiden van de beslishulp in stedelijke gebieden met een meer heterogene en multiculturele samenleving. Het is daarbij ook aangewezen om de beslishulp in verschillende talen aan te bieden. Aangezien de hoogste incidentie van Chlamydia wordt gezien in de leeftijdscategorie 20-24 jaar (17) lijkt het ook interessant om de beslishulp te promoten in hogescholen en universiteiten. Bij de patiënten die we wel hebben bereikt zien we dat 1 op 3 het vervelend vindt om seksuele problematiek met de arts te bespreken. Er heerst dus nog steeds een sfeer van taboe rond dit onderwerp. Dit hebben we trachten te doorbreken door implementatie van een online beslishulp. Uit de resultaten kunnen we concluderen dat deze beslishulp in de praktijk bijdraagt tot het verlagen van de drempel en het doorbreken van taboes rond dit onderwerp, maar een meer efficiënte implementatiestrategie is nodig om de effectieve risico-populatie te bereiken. Daarnaast kunnen we uit de resultaten concluderen dat deze beslishulp ook een informatieve functie heeft en dus mogelijks ook een rol kan spelen in primaire preventie van Chlamydia Trachomatis. Verder onderzoek is hiervoor nodig.

DANKWOORD

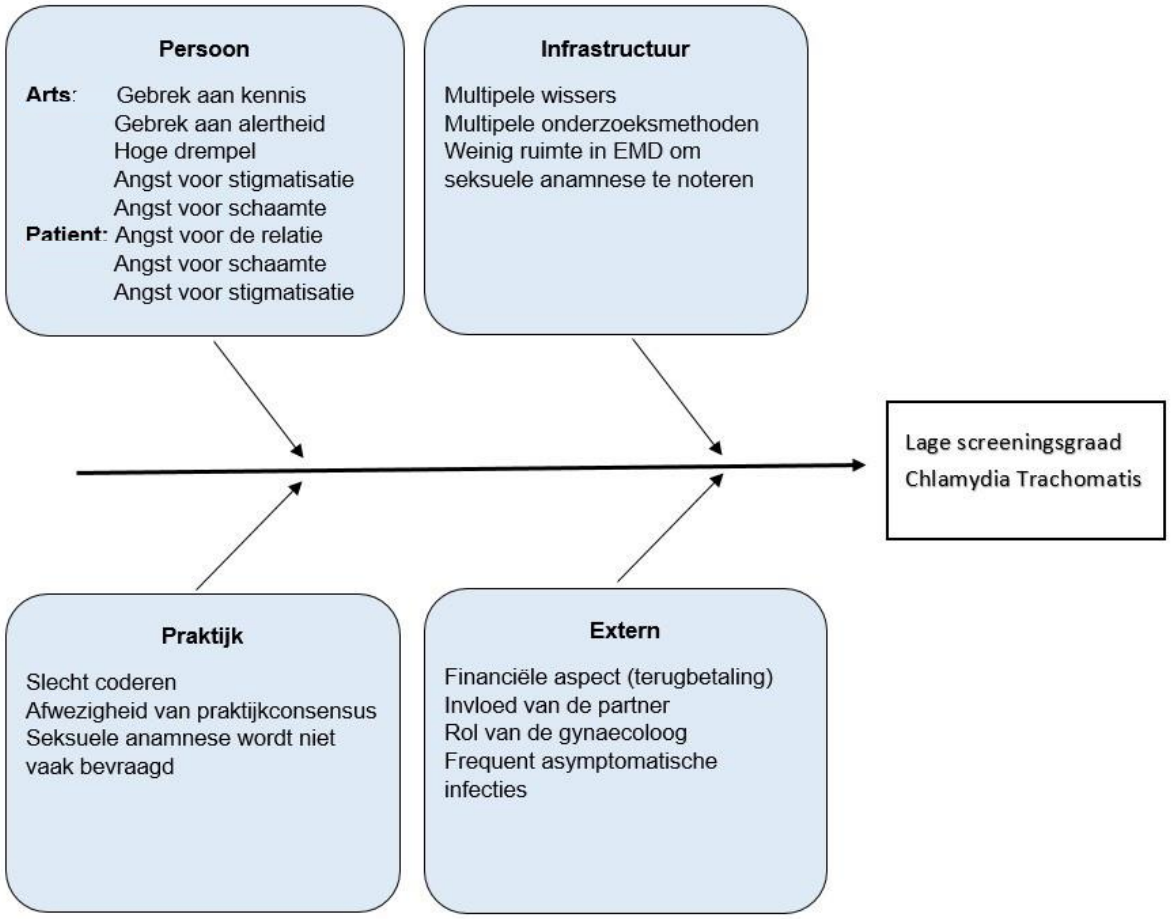
Graag zou ik mijn promotor Prof. Dr. B. Schoenmakers willen bedanken voor de steun, begeleiding en totstandkoming van dit boeiend project. Daarnaast zou ik ook graag mijn co-promotor Prof. Dr. P. Vankrunkelsven willen bedanken voor zijn advies rond de opbouw en design van deze patiëntvriendelijke beslishulp. Dit project had niet gerealiseerd kunnen worden zonder de hulp van het team van Gezondheid & Wetenschap waarvoor mijn oprechte dank aan directeur Prof. Dr. P. Vankrunkelsven, coöridinator Dr. M. Finoulst en informaticus K. Dewit om te kunnen deelnemen aan dit proefproject. Verder zou ik graag mijn PO, dr. D'Hollander Tania, en collega dr. Van Remoortel Sven bedanken voor de steun en inspanningen die zij hebben geleverd. Tot slot zou ik nog graag alle meewerkende artsen en patiënten willen bedanken voor hun medewerking aan dit onderzoek.

REFERENTIES

1. Verhoeven V, Avonts D, Peremans L, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering actieve opsporing van Chlamydia trachomatis in de huisartsenpraktijk . Huisarts nu 2004;33(4):182-98.
2. Verhoeven V, Avonts D, Meheus A, et al. Chlamydial infection: an accurate model for opportunistic screening in general practice. Sex Transm Infect. 2003;79(4):313–7.
3. Jenkins WD, Kruse J. Chlamydia screening: How we can better serve patients. Journal of Family Practice. 2010;59(2):E2.
4. Haley N, Maheux B, Rivard M, et al. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: How involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? American Journal of Public Health. 1999;89(6):899–902.
5. Temple-Smith MJ, Mulvey G, Keogh L. Attitudes to taking a sexual history in general practice in Victoria, Australia. Sex Transm Infect. 1999;75(1):41–4.
6. Verbrugge R, Merckx M, Crucitti T, Volksgezondheid WI. Chlamydia trachomatis-infecties: trends en feiten bij 15- tot 34-jarigen in Vlaanderen, 2007-2012. Vlaams Infectieziektebulletin 2014(1):4-12.
7. Stacey D, Légaré F, Nf C , et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jan 28;(1):CD001431.
8. Esposito P, Canton AD, Esposito P, et al. Clinical audit, a valuable tool to improve quality of care: General methodology and applications in nephrology. World Journal of Nephrology. 2014;3(4):249–255.
9. Benjamin A. Audit : how to do it in practice. BMJ 2008;336:1241-5.
10. Reports C, Wong KC. Using an Ishikawa diagram as a tool to assist memory and retrieval of relevant medical cases from the medical literature. Wong Journal of Medical Case Reports 2011, 5:120.
11. Grouwels D, Seuntjens L, Vanden Bussche P. Dokteren met kwaliteit. Antwerpen: standaard; 2008.
12. Weijden T, Sanders-van Lennep A. Keuzehulpen voor de patiënt. Huisarts Wet 2012;55(11):516-21.
13. O'Connor A, Elwyn G, Barratt A, et al. IPDAS 2005: Criteria for Judging The Quality Of Patient Decision Aids. Internet site van de International Patient Decision Aids Collaboration. Beschikbaar via http://ipdas.ohri.ca/ipdas_checklist.pdf.
14. Stacey D, Légaré F, Col NF, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(10).
15. C. Brackett, S. Kearing, N. Cochran, et al. Stretegies for distributing cancer screening decision aids in primary care. Patient Education and Counseling. 2010; 78:166-168.
16. Mola E, De Bonis JA, Giancane R. Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine, European Journal of General Practice, 14:2,89-94.
17. Verbrugge R, Crucitti T,Quoilin S,et al. Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen bij de algemene bevolking in België en de regio'. Internet site van wetenschappelijk instituut volksgezondheid.
    Beschikbaar via
    https://nrchm.wivisp.be/nl/ref_centra_labo/sti_treponema_pallidum/Rapporten/SOA%20Jaarrapport%202012.pdf
18. Kangas I, Andersen B, Olesen F, et al. Psychosocial impact of Chlamydia Trachomatis testing in general practice. British Journal of General Practice 2006; 56: 587–593.

BIJLAGEN

Bijlage 1. Visgraat analyse



Bijlage 2. Enquête deel 1

Ik ben goed geïnformeerd of heb de kans gehad om mij voldoende te informeren over dit onderzoek. Ik stem vrijwillig toe om deel te nemen aan deze studie en begrijp dat ik het recht heb om elk onderzoek te weigeren en ten alle tijde mijn deelname aan de studie kan stopzetten.

- ○ Ja

1. **Wat is uw leeftijd?**
   - ○ 18-23
   - ○ 24-29
   - ○ 30-35
2. **Wat is uw burgerlijke staat**
   - ☐ Alleenstaand
   - ☐ Relatie
   - ☐ Samenwonend
   - ☐ Gehuwd
3. **Wat is uw land van herkomst?**
   - ○ België
   - ○ Andere, specifieer:
4. **Wat is uw hoogst behaalde diploma?**
   - ○ Geen
   - ○ Lagere school
   - ○ Middelbare school
   - ○ Bachelor diploma hoger onderwijs
   - ○ Master diploma hoger onderwijs
   - ○ andere
5. **Wat is uw huidig beroep?**
   - ○ Student
   - ○ Werkloos
   - ○ Werkend (arbeider, bediende, zelfstandige, ...)
   - ○ andere
6. **Hoeveel seksuele partners heeft u de voorbije 12 maanden gehad?**
   - ○ Geen
   - ○ 1
   - ○ 2
   - ○ > 2
7. **Hoe vaak heeft u de voorbije 12 maand een condoom gebruikt?**
   - ○ Altijd
   - ○ Vaak
   - ○ Soms

- ○ Zelden
- ○ Nooit

8. **Ik gebruik een middel om zwangerschap te voorkomen (condoom, de pil, spiraaltje, ring, pleister...)?**
   - ○ Ja, welk middel?
   - ○ Nee

9. **Heeft u ooit al een SOA gehad?**
   - ○ Nee
   - ○ Ja, welke?

10. **Ik vind het niet vervelend om mijn seksueel gedrag (seksuele partners, gebruik voorbehoedsmiddelen, SOA's ...) te bespreken met mijn arts.**
    - ○ Zeker akkoord
    - ○ Eerder akkoord
    - ○ Geen mening
    - ◉ Eerder niet akkoord
    - ○ Zeker niet akkoord

11. **Indien niet akkoord met vraag 10, waarom niet? (U kan meerdere antwoorden aankruisen)**
    - ☐ Ik vind de drempel te hoog om mijn seksueel gedrag met mijn arts te bespreken
    - ☐ Ik schaam mij als ik mijn seksueel gedrag met mijn arts zou bespreken
    - ☐ Ik vind het veroordelend als mijn arts mij zou vragen naar mijn seksueel gedrag
    - ☐ Ik heb angst om veroordeeld te worden door mijn arts indien ik mijn seksueel gedrag met hem zou bespreken
    - ○ andere

12. **Ik ben mij bewust van risicogedrag en risicofactoren wat betreft het oplopen van SOA's**
    - ○ Ja
    - ○ Nee
    - ○ Ik heb hier onvoldoende kennis over

13. **Ik schat mijn kennis over SOA's en veilig seksueel gedrag als volgt in**
    - ○ Zeer goed
    - ○ goed
    - ○ matig
    - ○ onvoldoende
    - ○ Ik weet hier niets van

Bijlage 3. Enquête deel 2

1. **Ik vind het gebruik van deze tool, voorafgaand aan de consultatie met mijn arts, drempelverlagend om deze problematiek aan te kaarten**
   - Zeker akkoord
   - Eerder Akkoord
   - Geen mening
   - Eerder Niet akkoord
   - Zeker niet akkoord

   Zo niet akkoord, waarom niet?

2. **Ik vind dat er minder gevoelens van schaamte en stimatisatie (veroordeling) worden opgewekt door het gebruik van deze tool.**
   - Zeker akkoord
   - Eerder Akkoord
   - Geen mening
   - Eerder Niet akkoord
   - Zeker niet akkoord

   Zo niet akkoord, waarom niet?

3. **Deze tool heeft mij zeer goed geïnformeerd wat betreft screening naar Chlamydia. Ik kan nu op een bewuste manier een keuze maken om mijzelf te slaten screenen op Chlamydia of niet.**
   - Zeker akkoord
   - Eerder Akkoord
   - Geen mening
   - Eerder Niet akkoord
   - Zeker niet akkoord

   Indien niet akkoord, waarom niet?

4. **Ik ben mij nu méér bewust van risicogedrag en risicofactoren wat betreft Chlamydia.**
   - Zeker akkoord
   - Eerder Akkoord
   - Geen mening
   - Eerder Niet akkoord
   - Zeker niet akkoord

   Zo niet akkoord, waarom niet?

Bijlage 4. Enquête artsen

1) Deze beslishulp verlaagt de drempel tot het bespreekbaar maken van seksuele problematiek

- ☐ zeker akkoord
- ☐ Eerder akkoord
- ☐ geen mening
- ☐ Eerder niet akkoord
- ☐ zeker niet akkoord

Zo niet akkoord, waarom niet?

2) Door gebruik van deze beslishulp worden minder gevoelens van schaamte en stigmatisatie opgewekt.

- ☐ zeker akkoord
- ☐ Eerder akkoord
- ☐ geen mening
- ☐ Eerder niet akkoord
- ☐ zeker niet akkoord

Zo niet akkoord, waarom niet?

3) Welke verbeteringen/veranderingen zou u suggereren voor de beslishulp (inhoudelijk)

4) Ik ervaar het gebruik van deze beslishulp als nuttig en zinvol bij het SOA consult en zou deze verder willen gebruiken in mijn praktijk

- ☐ zeker akkoord
- ☐ Eerder akkoord
- ☐ geen mening
- ☐ Eerder niet akkoord
- ☐ zeker niet akkoord

Zo niet akkoord, waarom niet?

Bijlage 5. Beslishulp

Wat is het doel van deze beslishulp?

Het doel van deze online tool is om u te informeren over de opties wat betreft screening naar de seksueel overdraagbare aandoening 'Chlamydia Trachomatis'.

Het is belangrijk dat u als patiënt wordt betrokken bij het nemen van beslissingen die uw eigen gezondheid aangaan. Dit is wat men noemt 'gedeelde besluitvorming'.



Extra informatie

- Het doornemen van deze beslishulp zal ongeveer 15 minuten van uw tijd in beslag nemen.
- Deze beslishulp vervangt geen gesprek met uw arts, dit dient enkel ter aanvulling.
- In kader van het onderzoek dient u 2 vragenlijsten in te vullen (deel 1 en deel 2) vóór en nà het doornemen van de beslishulp. Uiteraard blijft dit allemaal anoniem.

Enquête deel 1

Wie moet deze enquête invullen?

Vrouwen tussen 18-35 jaar (niet zwanger) **én** seksueel actief (momenteel of in het verleden seksuele betrekkingen)

De eerste vraag van deze enquête gaat over uw toestemming om deel te nemen aan het onderzoek

http://www.enquetemaken.be/toonenquete.php?id=317315

Wie moet deze beslishulp doornemen?

U moet voldoen aan de volgende 3 voorwaarden

- ❑ vrouw tussen 18 en 35 jaar (niet zwanger)
- ❑ seksueel actief (momenteel of in het verleden)
- ❑ U heeft een verhoogd risico op Chlamydia Trachomatis

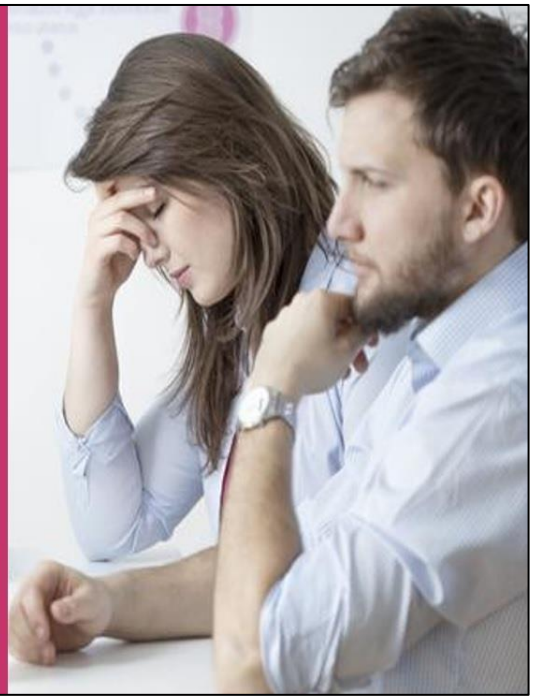
Wanneer heb ik een verhoogd risico op Chlamydia?

- ❑ Indien u **jonger bent dan 35 én**:
  - Het afgelopen jaar > 1 partner heeft gehad
  - Het laatste half jaar een nieuwe partner heeft
- ❑ Indien **≥ 1 van de volgende criteria** bij u van toepassing zijn:
  - Bloedverlies na betrekkingen of tussen de menstruaties door
  - Pijn bij het plassen die niet verdwijnt na behandeling voor een urineweginfectie
  - Indien uw partner klachten heeft van pijn bij het plassen

Waarom is Chlamydia zo belangrijk?

Indien niet behandeld, kan een infectie met chlamydia belangrijke gevolgen hebben:

- ❑ **Ontsteking in de onderbuik** (8-40 %)
- ❑ **Buitenbaarmoederlijke zwangerschap** (11-50 %)
- ❑ **Onvruchtbaarheid** (4-5 %)



… Wat nu?

Ik heb een **verhoogd risico** op een infectie met chlamydia

Het is verstandig om deze beslishulp verder door te nemen. U zal meer informatie ontvangen over de screening.

Ik heb **geen verhoogd risico** op een infectie met chlamydia

U heeft geen voordeel aan screening naar Chlamydia. Het is wel interessant om de verdere informatie door te nemen.

FAQ's (Frequently Asked Questions)

Wat is Chlamydia Trachomatis?
Wat is het natuurlijke verloop van de infectie?
Wat zijn de risicofactoren?
Wanneer moet ik mij (volgens de richtlijnen) laten testen op Chlamydia?
Hoe wordt een infectie opgespoord?
Waaruit bestaat de behandeling?
Moet mijn partner ook behandeld worden?
Hoe kan ik mij beschermen tegen een infectie?

Ga verder met beslishulp.

Klik hier om terug te gaan

Wat is Chlamydia Trachomatis?

- Meest voorkomende SOA in België en wereldwijd
- Komt voor bij 3-6% van de vrouwen in de vruchtbare levensfase in Europa
- 70 % van de vrouwen die geïnfecteerd zijn hebben GEEN klachten
- Indien **klachten** treden deze op ongeveer 2 weken na besmetting:
  - Branderig gevoel bij het plassen
  - Meer of andere vaginale afscheiding
  - Vaginaal bloedverlies tussen menstruaties door of na betrekkingen
  - Pijn bij betrekkingen
  - Pijn in de onderbuik
  - Orale seks: infectie in keelholte, amandelontsteking
  - Anale seks: anale slijmafscheiding/bloedverlies, pijnlijke ontlasting, abnormaal stoelgangspatroon

Klik hier om terug te gaan

Wat is het natuurlijke verloop van de infectie?

- ❑ Soms gaat het immuunsysteem de infectie zelf doen opklaren
- ❑ Er zijn vaak her-infecties
- ❑ Complicaties (verwikkelingen) op lange termijn zo geen behandeling
  - Ontsteking in de onderbuik (8-40 %)
  - Buitenbaarmoederlijke zwangerschap (11-50 %)
  - Onvruchtbaarheid (4-5 %)

➔ Snelle behandeling is belangrijk !

Klik hier om terug te gaan

Wat zijn de risicofactoren voor een infectie?

Socio-demografische factoren	Factoren rond gedrag	Klinische risicofactoren
Leeftijd < 25	Meerdere seksuele partners	Meer/andere vaginale afscheiding
Allochtone afkomst	Verandering van partner	Pijn bij betrekkingen
Woonplaats in stad	Geen/slordig condoomgebruik	Bloedverlies bij betrekkingen
Laag inkomen	Ongewenste zwangerschap	Bloedverlies tussen menstruaties
Alleenstaand	Ontsteking kleine bekken in verleden	Pijn bij het plassen
kinderloosheid	Gebruik van de pil	Partner met klachten

Klik hier om terug te gaan

Wanneer moet ik mij laten testen op Chlamydia?

- Niet alle vrouwen worden systematisch getest
- Enkel vrouwen met een verhoogd risico moeten worden getest:
  - Vrouwen < 35 jaar met:
    Het afgelopen jaar > 1 partner
    Recent (< 6 maanden) een nieuwe partner
  - Vrouwen bij wie zwangerschapsonderbreking (abortus) wordt gepland
- Actieve opsporing is aangeraden bij ≥ 1 van volgende risicofactoren:
  - Klachten van bloedverlies na betrekkingen of tussen de menstruaties
  - Pijn bij het plassen die niet verdwijnt na behandeling voor urineweginfectie
  - Partner met pijn bij het plassen
- Screening bij mannen is niet aanbevolen, tenzij klachten

Hoe wordt een infectie opgespoord?

- Er zijn 2 manieren om Chlamydia op te sporen
  - Vaginale wisser (wattenstaafje) door arts
  - Urinestaal (eerste deel van de urine)
  - Beiden zijn even effectief
- DNA wordt opgespoord van Chlamydia bacterie
- Orale seks → staaltje mondslijmvlies
- Anale seks → staaltje slijmvlies van de aars







Klik hier om terug te gaan

Klik hier om terug te gaan

Waaruit bestaat de behandeling van Chlamydia?

- ❑ Eenvoudige behandeling met een antibioticum (Azitromycine of Doxycycline)
- ❑ Éénmalige toediening
- ❑ Condoom gebruiken tot behandeling is afgelopen
- ❑ Geen test na behandeling om te verifiëren dat de infectie verdwenen is
- ❑ U bent niet automatisch beschermd tegen een nieuwe infectie
- ❑ Er bestaat geen vaccin voor Chlamydia

Klik hier om terug te gaan

Moet mijn partner ook worden behandeld?

- ❑ Zeer besmettelijke infectie
- ❑ Uw partner moet zich ook laten behandelen
- ❑ U dient ook alle andere sekspartners van de voorbije 6 maanden te verwittigen (ook zij hebben kans dat ze besmet zijn)
- ❑ Eventueel kan dit gebeuren door uw behandelend arts (brief 'partnernotificatie' waardoor uzelf anoniem blijft)

Klik hier om terug te gaan

Hoe kan ik mij beschermen tegen een infectie?

- Chlamydia Trachomatis is aanwezig in de afscheiding van de vagina of de penis (dus ook in het voorvocht)
- Condoomgebruik bij ieder seksueel contact
- Uzelf en uw partner laten testen indien u overweegt om condoom achterwege te laten



Wat zijn nu mijn opties?



Optie 1

Ik laat mij **WEL** testen op Chlamydia



Optie 2

Ik laat mij **NIET** testen op Chlamydia

Wat zijn de voordelen van dit onderzoek?

- ❑ Een infectie zonder klachten (bij 70%!) kan worden opgespoord
- ❑ Door behandeling kunnen complicaties worden voorkomen
- ❑ Door behandeling kan overdracht naar anderen worden vermeden
- ❑ U kan anderen verwittigen zodat ook zij zich kunnen laten testen
- ❑ Een opgespoorde infectie kan eenvoudig behandeld worden
- ❑ Door uzelf te laten testen kan blijvende onzekerheid worden weggenomen over een mogelijke infectie

Wat zijn de nadelen van dit onderzoek?

- ❑ U kunt achteraf spijt hebben van uw keuze.
- ❑ Het resultaat van de test geeft helaas nooit 100 % zekerheid.
- ❑ Een diagnose van Chlamydia kan een emotionele impact hebben op zowel u als uw partner.

Schematisch overzicht van de voordelen & nadelen

Voordelen van het onderzoek	Nadelen van het onderzoek
- Opsporen van infectie zonder klachten - Vermijden van complicaties - Vermijden transmissie naar anderen - Anderen verwittigen - Wegnemen blijvende onzekerheid	- Eventuele emotionele impact - Spijt nadien - Geen 100% zekerheid

Jouw persoonlijke ideeën

- ❑ Uiteraard staat vast dat u in aanmerking komt voor screening in geval van een verhoogd risico op Chlamydia.
- ❑ Naast dit gegeven spelen uw persoonlijke gevoelens, ideeën en opvattingen uiteraard ook een belangrijke rol in deze keuze.
- ❑ Denk even na hoe u zich voelt bij de volgende stellingen…



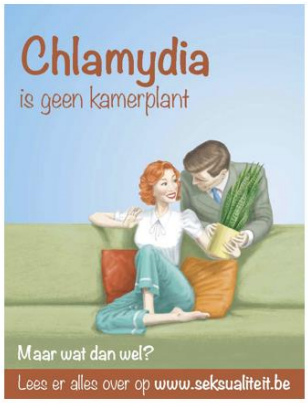
... Hoe voelt u zich bij de volgende stellingen?

- ❑ Ik ben bezorgd omdat ik klachten heb van een Chlamydia infectie
- ❑ Ik ben bezorgd omdat ik behoor tot de risicogroep voor Chlamydia
- ❑ Ik ben bezorgd omdat ik recent onveilige seks heb gehad
- ❑ Ik ben bezorgd dat ik een infectie heb zonder klachten
- ❑ Ik ben bezorgd dat ik onvruchtbaar zou kunnen worden
- ❑ Ik ben bezorgd dat ik deze SOA verder naar anderen kan verspreiden

- ❑ Ik ben bezorgd omdat ik ooit ook al een andere SOA heb gehad
- ❑ Ik ben bezorgd omdat ik ook een andere SOA heb
- ❑ Ik heb er geen problemen mee mijn partner te vertellen dat ik mij laat testen
- ❑ Ik schaam mij niet om mij te laten testen op Chlamydia
- ❑ Ik zou het mijn partner zeker durven vertellen indien ik positief test
- ❑ Ik ben bezorgd voor mijn relatie indien ik positief test

Meer informatie?

- U kan steeds bij uw huisarts terecht voor meer informatie
- De volgende websites zijn ook interessant en wetenschappelijk onderbouwd:
  - www.gezondheidenwetenschap.be
  - www.thuisarts.nl
  - www.sensoa.be
  - www.seksualiteit.be



Uw uiteindelijke keuze?

JA, ik laat mij testen	NEE, ik laat mij niet testen	Ik weet het niet
Maak een afspraak bij uw behandelend arts!	U hoeft verder niets te doen!	Het is raadzaam dit te bespreken met uw behandelend arts!

Enquête deel 2

Alvast bedankt voor het doornemen van deze online tool!

Graag zou ik nog 1 minuutje willen vragen om de onderstaande enquête in te vullen.

http://www.enquetemaken.be/toonenquete.php?id=317338

SLUIT BESLISHULP

Algemene Informatie

ICHO VZW
INTERUNIVERSITAIR CENTRUM VOOR HUISARTSEN OPLEIDING

Door wie werd deze tool ontworpen?

Dr. Jacobs Inse, huisarts in opleiding bij artsenpraktijk Villa Medica

In kader van de Masterproef

Introductie van een online tool in de huisartsenpraktijk bij de screening naar Chlamydia Trachomatis: een kwaliteitsverbeterend project.

Opleiding

Master in de huisartsgeneeskunde

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte

Co-promotor: Prof. Dr. Vankrunkelsven Patrick, Dr. D'Hollander Tania

Nota's bij de beslishulp

Wat betreft de lay-out werd geopteerd voor een duidelijke overzichtelijke presentatie met eenvoudige begrijpbare taal voor patiënten. Het doel was om een aantrekkelijke beslishulp te maken die volledig is aangepast aan de doelgroep. Volgende voorbeelden uit de beslishulp demonstreren dit. Verder in bijlage staat de volledige beslishulp.



- Op de startpagina wordt al meteen de aandacht getrokken door een jonge vrouw uit de doelgroep.
- Door de inleidende zin is al meteen duidelijk waarvoor de beslishulp werd ontworpen en wie de doelgroep is!
- De vermelding 'Praat erover met uw arts' stimuleert ook nu reeds de patiënten om deze problematiek ter sprake te brengen!

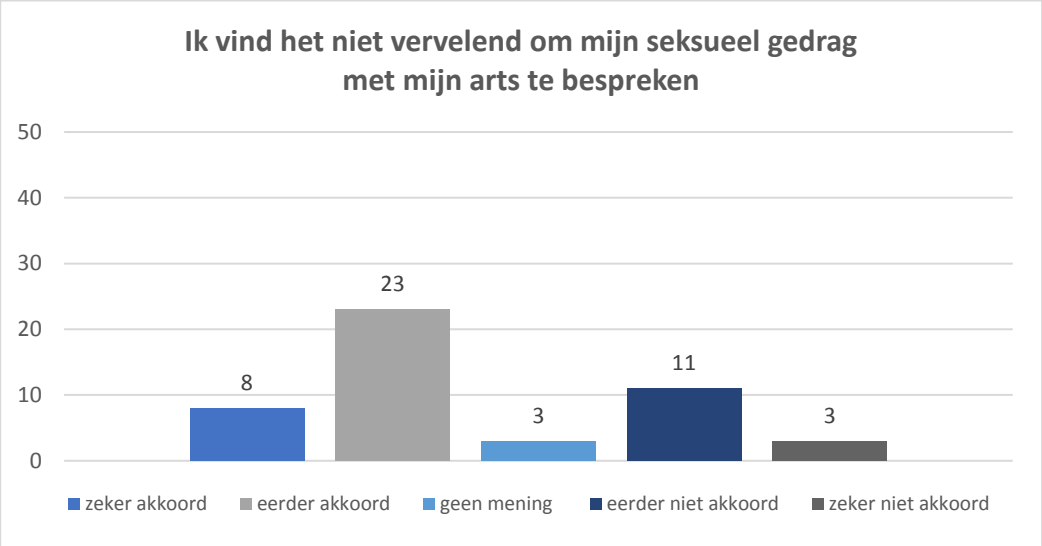
- Er werd geopteerd voor de themakleur 'Roze' aangezien dit refereert naar SOA's (pink ribbon, sensoa). Deze kleur wordt ook geassocieerd met het vrouwelijk geslacht wat de doelgroep is.
- Hier wordt ook het belang van een Chlamydia-infectie benadrukt met een foto uit de doelgroep die refereert naar een jong koppel dat zwanger wil worden maar problemen ondervindt door een infectie).

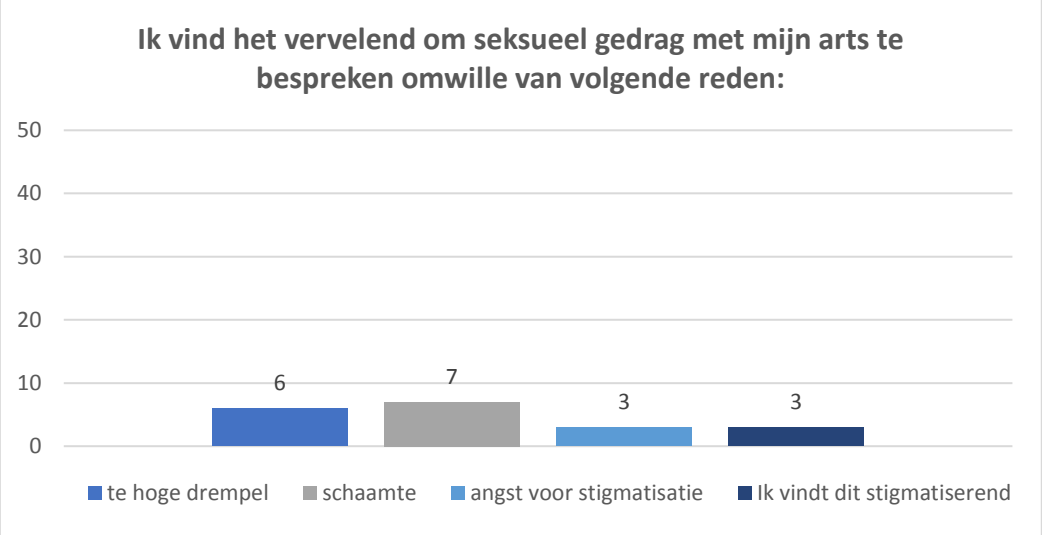


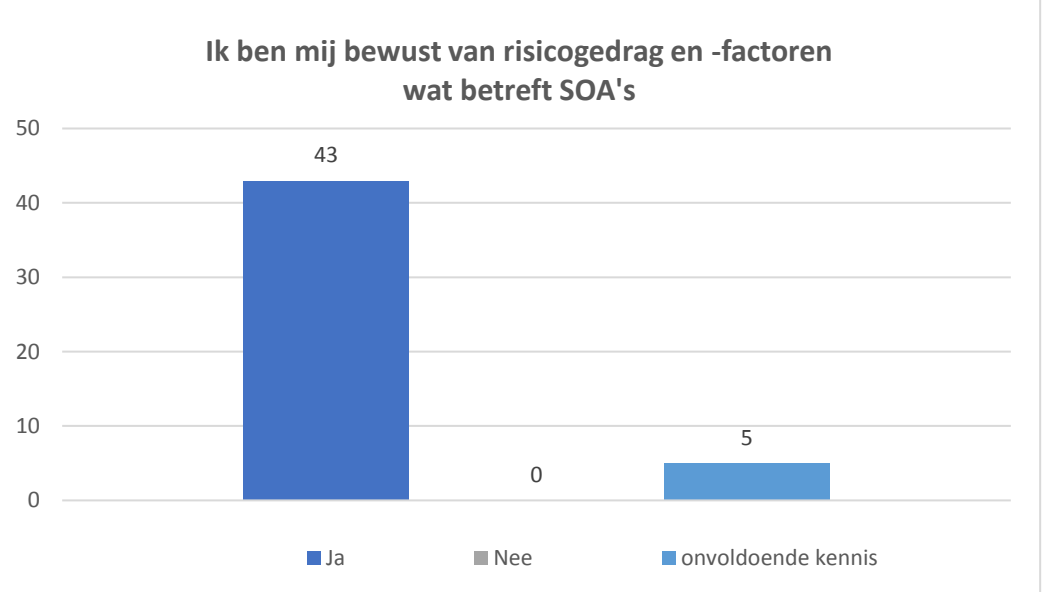
Bijlage 6. Karakteristieken van de studiepopulatie

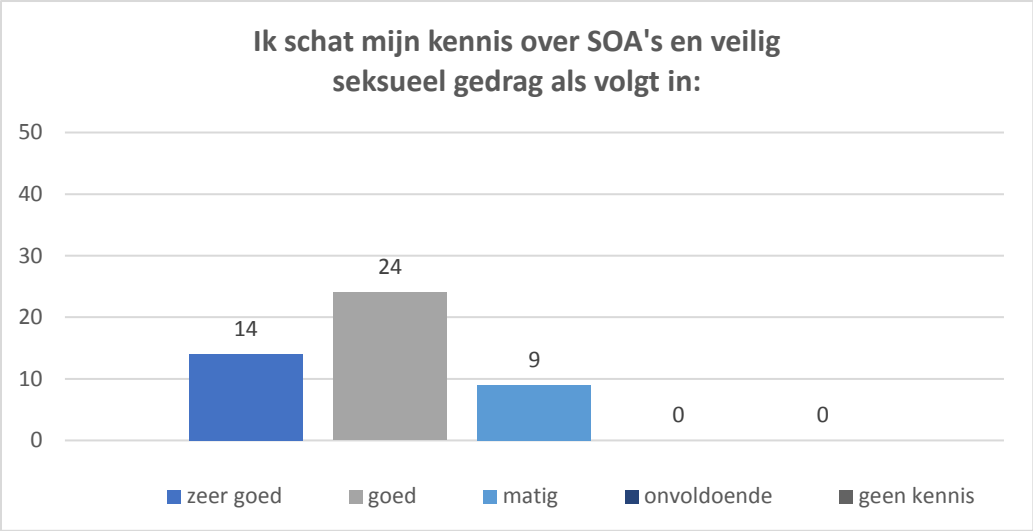
ACHTERGRONDVARIABELEN	AANTAL DEELNEMENDE PATIËNTEN (TOT. = 48)
LEEFTIJD	
18-23J	14,5%
24-29J	58,3%
30-35J	27,1%
BURGERLIJKE STAAT	
ALLEENSTAAND	20,8%
RELATIE	27,0%
SAMENWONEND	37,5%
GEHUWD	14,5%
ETNICITEIT	
BELGIË	97,9%
NEDERLAND	2,1%
ANDERS	0,0%
BEROEP	
STUDENT	27,1%
WERKEND	72,9%
WERKLOOS	0,0%
DIPLOMA	
GEEN	0,0%
LAGERE SCHOOL	0,0%
MIDDELBARE SCHOOL	39,6%
BACHELORDIPLOMA HOGER ONDERWIJS	18,8%
MASTERDIPLOMA HOGER ONDERWIJS	41,7%
AANTAL SEKSUELE PARTNERS VOORBIJE 12 MND	
1	81,3%
2	14,6%
>2	4,2%
GEBRUIK CONDOOM VOORBIJE 12 MND	
NOOIT	64,6%
ZELDEN	10,4%
SOMS	10,4%
VAAK	6,3%
ALTIJD	8,3%
GEBRUIK ANTICONCEPTIE	
JA	89,6%
NEE	10,4%
VOORGESCHIEDENIS SOA	
JA	8,3%
NEE	91,7%

Bijlage 7. Resultaten enquête deel 1

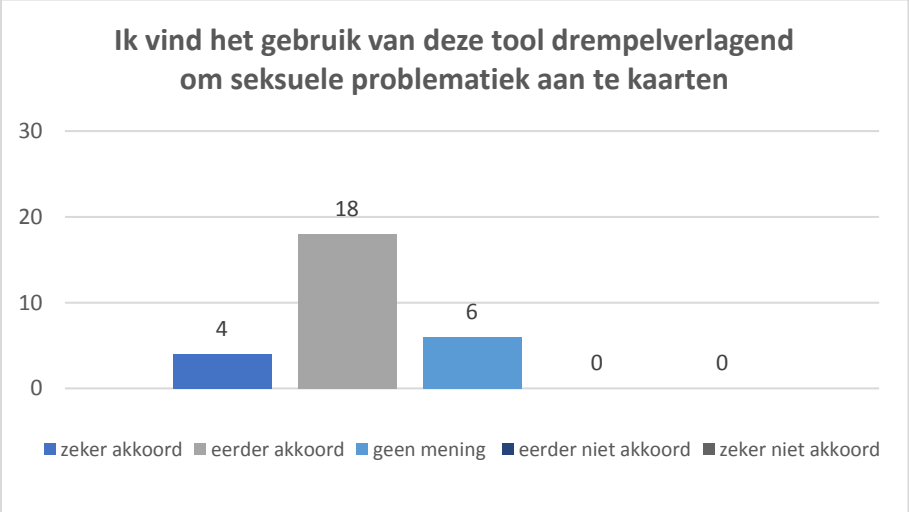


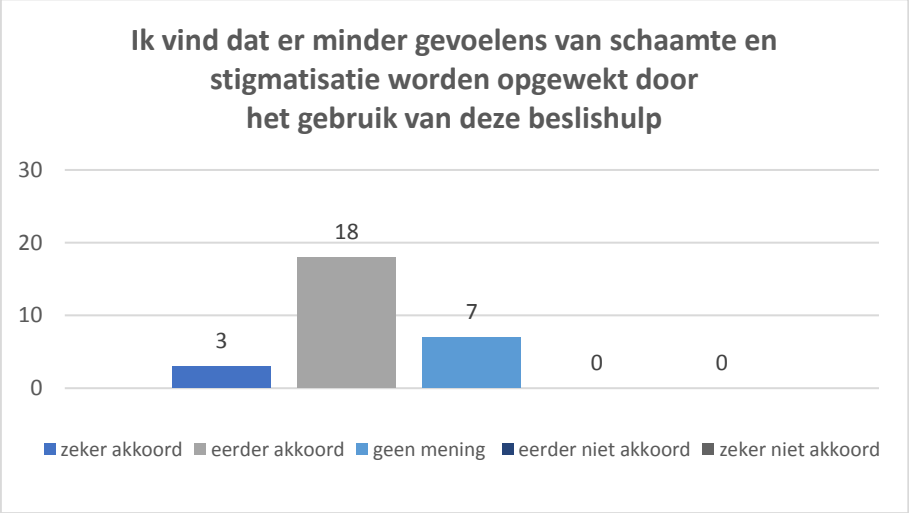


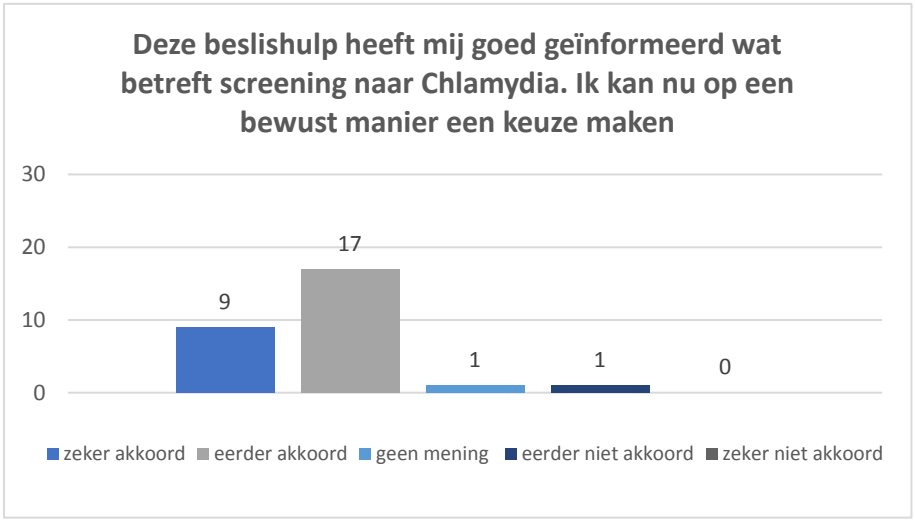


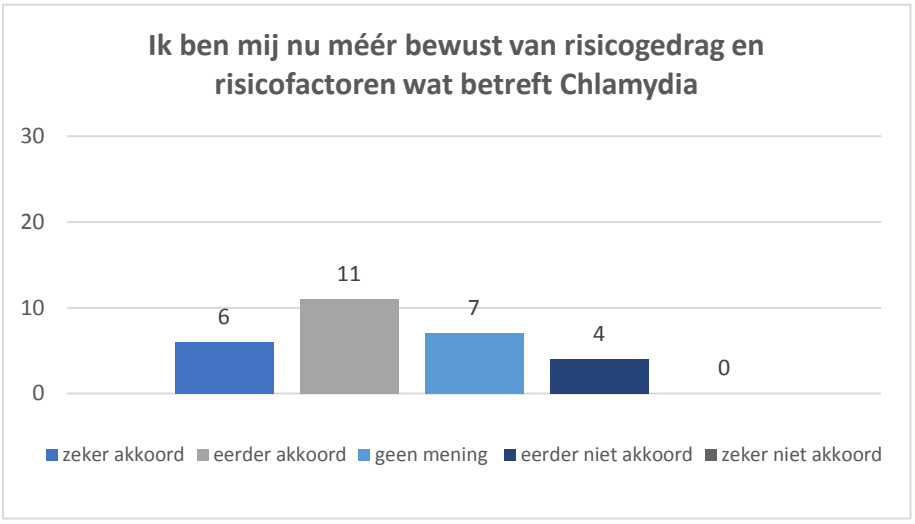


Bijlage 8. Resultaten enquête deel 2

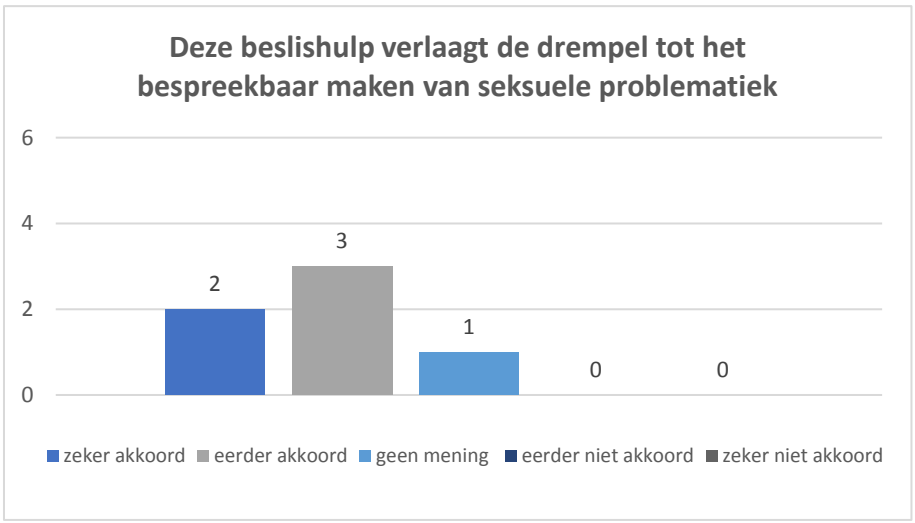


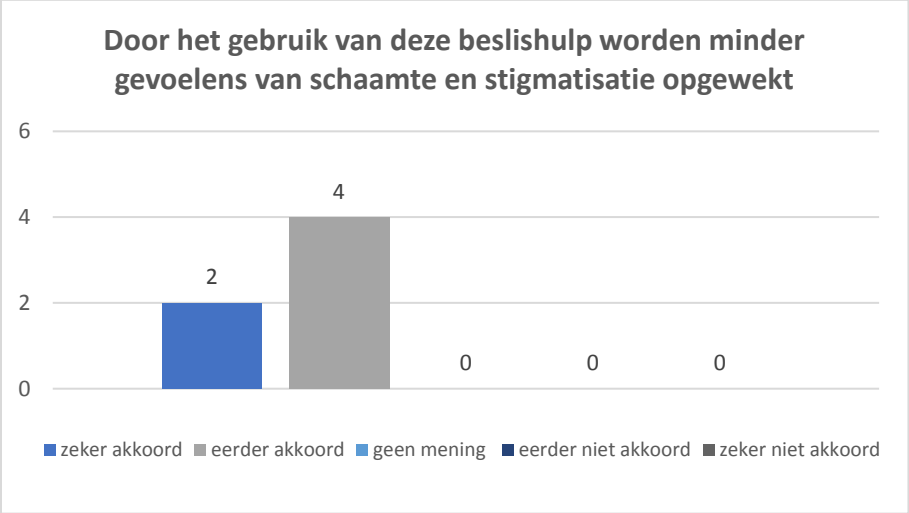


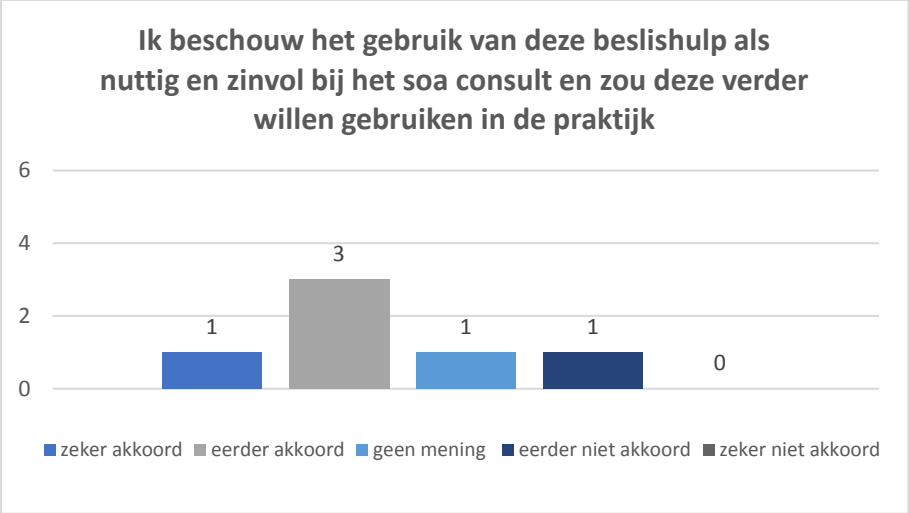




Bijlage 9. Resultaten enquête artsen




Door het gebruik van deze beslishulp worden minder gevoelens van schaamte en stigmatisatie opgewekt
6
4
2
0
2
4
0
0
0
zeker akkoord
eerder akkoord
geen mening
eerder niet akkoord
zeker niet akkoord


Ik beschouw het gebruik van deze beslishulp als nuttig en zinvol bij het soa consult en zou deze verder willen gebruiken in de praktijk
6
4
2
0
1
3
1
1
0
zeker akkoord
eerder akkoord
geen mening
eerder niet akkoord
zeker niet akkoord

Bijlage 10. Protocol en goedkeuring ethisch comité

Aanvraag

Student(en): Inse Jacobs
promotor: Birgitte Schoenmakers
hoofdonderzoeker: Jacobs Inse
Faculteit: Geneeskunde
Opleiding: Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is: monocentrisch
De opdrachtgever is: academisch (universiteit,…)
Het onderzoek is: Het onderzoek is praktijkverbeterend.

BIJKOMENDE GEGEVENS

Achtergrond:

Chlamydia Trachomatis is de meest frequente SOA in België en wereldwijd. Vroegtijdige behandeling is belangrijk om complicaties zoals pelvic inflammatory disease, tubaire infertiliteit en extra-uteriene graviteit te voorkomen. Er worden echter nog veel infecties gemist aangezien 70 % een asymptomatisch verloop kent. Daarnaast zijn we ons bewust van de moeilijkheden en barrières tijdens een SOA consult. Het doel is dus om een efficiënte methode te vinden om de screening naar infecties met Chlamydia te verbeteren. Aan de hand van een wetenschappelijk onderbouwde online decision tool trachten we jonge vrouwen te informeren en te stimuleren om deze problematiek ter sprake te brengen: bewust en zonder schaamte. Zulke 'patient decision aids' zijn complementair aan de consultatie (ondersteunen dus het SOA-consult) en stimuleren 'shared decision making' waarbij de patiënt duidelijk geïnformeerd is en waarbij de uiteindelijke keuze meer aansluit bij de eigen waarden en normen. Daarnaast zal dit ook leiden tot een betere communicatie tussen de arts en de patiënt.

Vraagstelling:

Met dit onderzoek wordt nagegaan of het gebruik van een online webapplicatie (patient decision aid) een efficiënte methode is om jonge vrouwen met een verhoogd risico op een infectie met Chlamydia Trachomatis op te sporen en wat de impact hiervan is op de screeningsgraad. Als primaire uitkomstmaten hanteren we 'het aantal consultaties voor screening naar Chlamydia Trachomatis in aansluiting op de online tool' en 'de prevalentie van Chlamydia Trachomatis in de gescreende populatie'. De secundaire uitkomstmaten beschrijven hoe het gebruik van deze tool wordt ervaren door de patiënten enerzijds en door de artsen anderzijds. We hanteren hiervoor eindpunten zoals stigmatisatie, drempel tot het ter sprake brengen van deze problematiek en bewustmaking van symptomen en risicogedrag bij patiënten. Daarnaast wordt rekening gehouden met achtergrondvariabelen zoals leeftijd en risicofactoren voor een infectie met Chlamydia Trachomatis (socio-demografische, gedragsgerelateerde en klinische risicofactoren).

Methodologie

In dit observationeel onderzoek met prospectief design zonder controlegroep worden tijdens de onderzoeksperiode alle vrouwen tussen 18 en 35 jaar die seksueel actief zijn en een globaal medisch dossier hebben in de huisartsenpraktijk 'Villa Medica' te Rijkevorsel gerekruteerd. Hierbij streven we naar een steekproef van 80 patiënten. De onderzoekspopulatie wordt aangespoord om een online tool door te nemen op de website www.wetenschapengezondheid.be. Er worden verschillende oproepingsstrategieën toegepast (rekruteringsmethoden): het rechtstreeks aanspreken van de patiënten op consultatie, een affiche in de wachtzaal, een informatiebrief die ter beschikking wordt gesteld in de huisartsenpraktijk en op de website van 'Villa Medica', een korte oproep op het beeldscherm in de wachtzaal en op de website en facebook pagina van 'Villa Medica'. Na het invullen van de tool wordt de mogelijkheid aangeboden om een consultatie bij de behandelend arts in te plannen voor verdere screening naar Chlamydia Trachomatis via PCR op first-stream urine. Daarnaast wordt een korte bevraging gekoppeld aan de tool zelf en zal er eveneens een korte bevraging gebeuren omtrent het gebruik van deze tool bij de huisartsen in de praktijk.

Voordelen: Een (vroegtijdige) infectie met Chlamydia Trachomatis kan worden opgespoord. Er kan dan vroegtijdig worden gestart met een antibioticum zodat complicaties van een langdurig aanslepende infectie kunnen worden vermeden. Daarnaast kan verdere transmissie naar anderen vermeden worden doordat de patiënt wordt behandeld. De gegevens en resultaten van het onderzoek worden volledig anoniem verwerkt. Ter bevordering van de gezondheid van de patiënt zal de analyse van het urinestaal in het medisch dossier worden opgenomen en zal de behandelend arts op de hoogte worden gebracht van het resultaat. Het urineonderzoek is niet-invasief en pijnloos.

Risico's: Er is een mogelijkheid dat de patiënt een diagnose krijgt van 'Chlamydia Trachomatis'. Dit kan een emotionele impact hebben op zowel de patiënt zelf als zijn/haar partner. Zoals voor iedere test is er een kleine mogelijkheid op een vals positief / vals negatief resultaat.

Conform de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon, is de opdrachtgever zelfs foutloos, aansprakelijk voor alle schade die de deelnemer of zijn rechthebbenden opliepen en die rechtstreeks dan wel onrechtstreeks verband vertoont met het experiment. De verzekering voor deze studie wordt afgesloten door de KU Leuven.

Registratienummer: mp18757

Goedkeuring

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven met titel "Introductie van een online tool in de huisartsenpraktijk bij de screening naar Chlamydia Trachomatis: een kwaliteitsverbeterend project." (mp18757)



Martine Goossens <martine.goossens@kuleuven.be>
di 21/02/2017 14:52
Postvak IN

Aan: Birgitte Schoenmakers;

CC: Inse Jacobs;

U hebt geantwoord op 22/02/2017 10:48.

English version below

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Introductie van een online tool in de huisartsenpraktijk bij de screening naar Chlamydia Trachomatis: een kwaliteitsverbeterend project." onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Introductie van een online tool in de huisartsenpraktijk bij de screening naar Chlamydia Trachomatis: een kwaliteitsverbeterend project." and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

De OBC keurt deze aanvraag goed, maar vraagt toch antwoord op volgende vraag: - men zegt dat de data anoniem zullen verwerkt worden: hoe zal dit gebeuren in het medisch dossier?

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)