Een online soa-beslishulp gericht aan de patiënt

Bartels Evelien, Katholieke Universiteit Leuven

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, Katholieke Universiteit Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

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

Evelien Bartels, co-auteur De Wachter Pheandra; Een online soa-beslishulp gericht aan de patiënt; Eindwerk Master na Master in de Huisartsgeneeskunde; Katholieke Universiteit Leuven; 2019

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

Inleiding: Artsen ervaren verschillende drempels bij het bevragen van het seksueel risicogedrag van hun patiënten. Bovendien zijn patiënten zich niet altijd bewust van hun risicogedrag en is hun kennis over soa's beperkt. Het doel van deze studie is om na te gaan of een online tool, louter gericht op het begeleiden en verwijzen van de gebruiker, het soa-consult kan verbeteren door in te spelen op de hierboven genoemde drempels.

Methoden: Een bestaande online tool over soa-screening gericht aan de huisarts wordt aangepast tot een beslishulp gericht aan de patiënt. Deze tool wordt verspreid via facebook en instagram en eveneens via een affiche in wachtzalen van 2 huisartsenpraktijken. De beslishulp wordt geëvalueerd op basis van een enquête, die wordt aangeboden aan de gebruikers na het invullen van de tool.

Resultaten: De tool werd door 35 gebruikers via een enquête beoordeeld. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 28,54 jaar. De meeste gebruikers vonden hun weg naar de tool via facebook en alle gebruikers gaven aan dat de tool gemakkelijk te doorlopen was. Na het invullen van de tool waren er minder gebruikers zeker dat ze geen soa zouden hebben en waren er meer gebruikers van plan om een arts hierover te consulteren dan voor het gebruik van de tool. Alle patiënten die hun huisarts gingen bezoeken, waren ook van plan hun resultaten met hem te delen.

Discussie: Deze studie doet vermoeden dat er plaats is voor een online tool over soa-screening gericht aan patiënten en dat deze tool ook kan bijdragen aan een vlottere soa-consultatie. Bovendien kan een dergelijke beslishulp ook inspelen op de beperkte kennis en helpen bij de bewustwording van de patiënt door het online aanbieden van de tool. Toch dient er rekening te worden gehouden met een mogelijke selectiebias en de kleinschaligheid van dit onderzoek.

Abstract (English)

Bartels Evelien, co-author De Wachter Pheandra; Effect of a digital tool on STD consultations in general practice; Thesis Master of Family Medicine; Katholieke Universiteit Leuven; 2019

Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

Introduction: General practitioners encounter several obstacles when discussing unsafe sexual behaviour with their patients. Moreover, patients are often unaware of the risks of their behaviour and possess limited knowledge regarding sexually transmitted diseases. The goal of this study is to investigate whether an online digital tool, focused on guiding and redirecting the user, can improve the consultation by improving on the aforementioned issues.

Method: An existing online tool regarding STD screening is updated from a GP-oriented one to a guidance tool for the patients. This tool was advertised through social media and poster based advertisements in 2 GP waiting rooms. De guidance tool is evaluated based on an questionnaire, presented to the users of the tool after using it.

Results: The tool was evaluated by 35 users through the questionnaire. De average age of participants is 28.54 years. Most users found the tool through facebook and all users expressed the tool was easy to use. After using the tool, less users were convinced they were STD free and more of them planned on consulting a GP. All users who went to visit a GP afterwards, planned on visiting the results of the tool with them.

Discussion: This study suggests that there is room for an online STD screening tool, designed for patients. The tool would contribute to a smoother STD consultation. Furthermore, this kind of decision support could respond to the limited knowledge and awareness of the patient. Nevertheless, we should take the limitations of this study into account, being its small sample size and the possibility of selection bias.

Inhoud

I. Inleiding **6**

II. Methoden **7**

Onderzoeksopzet *7*

Setting en deelnemers *8*

Dataverzameling *8*

Data-analyse *8*

III. Resultaten **8**

IV. Discussie **9**

V. Conclusie **10**

VI. Referenties **11**

VII. Tabellen en figuren **12**

Figuur 1: Geslacht deelnemers *12*

Figuur 2: Leeftijd deelnemers *12*

Figuur 3: Toegang tot de tool *12*

Figuur 4: Moeilijkheidsgraad tool *12*

Figuur 5: Vooraf gepland arts te bezoeken *13*

Figuur 6: Achteraf van plan arts te bezoeken *13*

Figuur 7: Inschatting soa door patiënt vooraf *13*

Figuur 8: Inschatting soa door patiënt achteraf *13*

Figuur 9: Bezorgdheid deelnemers *14*

Figuur 10: Aanbevelen tool *14*

VIII. Bijlagen **15**

Bijlage 1: Link naar online tool *15*

Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité *16*

Bijlage 3: Goedgekeurd protocol door Ethisch Comité *18*

Bijlage 4: Informed consent *25*

Bijlage 5: Vragenlijst voor subjectieve evaluatie door gebruikers *26*

Met dank aan

Onze promotor Professor Birgitte Schoenmakers voor de wetenschappelijke background en het nalezen van dit werk.

Pheandra De Wachter voor de bijdrage aan dit werk.

Alle deelnemende gebruikers voor hun medewerking tijdens de testperiode.

Jaak Bartels voor de ontwikkeling van de online tool.

Thomas De Meyer, Pieterjan Bartels, Bart Asselberghs, Hanne Bartels en Jaak Bartels voor het nalezen en verbeteren van de tekst.

I. Inleiding

Ongeveer 60% van de consulten over seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) vindt plaats in de huisartsenpraktijk. Zo worden ongeveer 75% van de diagnoses van een soa ook gesteld door de huisarts (1). Huisartsen hebben een belangrijke functie wat betreft het identificeren van de risicopopulatie, alsook om in deze groep tot een juiste diagnose te komen en een gepaste behandeling in te stellen. De huisarts vormt dus een belangrijke schakel in de soa-zorg. Dit impliceert dat een proactieve houding van de huisarts kan bijdragen tot het optimaliseren van een soa-consult. Toch verloopt een soa-consult in de praktijk nog steeds vaak chaotisch en onvolledig. Dit leidt nog te veel tot gemiste diagnoses, overbodige onderzoeken en onnodige ongerustheid (2).

Het artikel van Trienekens et al onderzoekt soa-consulten in de huisartsenpraktijk (3). Het aantal soa-consulten is de laatste jaren sterk toegenomen met een prevalentie van 1 op 250 consulten bij de huisarts. Tot deze resultaten behoren risicogroepen en symptomatische patiënten. Maar ook voor patiënten die de arts consulteren voor orale anticonceptie kan er een indicatie zijn om op soa's te testen (4). Ghanem et al beschrijft in zijn literatuurreview het doel van soa-screening als het tijdig detecteren en behandelen van infecties om complicaties en transmissie naar andere sekspartners te voorkomen (7). Het belang van soa-testen kon worden aangetoond, gezien de goede behandelbaarheid van soa's en het weinig invasieve karakter van de testen (5). Verschillende verwekkers kunnen aanwezig zijn zonder symptomen te veroorzaken. Testen op soa's dienen daarom niet enkel te gebeuren wanneer er klachten zijn, maar ook wanneer de patiënt een bepaald risicogedrag vertoont (1,8,9).Verder blijkt ook uit een Nederlands onderzoek dat het behandelen van complicaties achteraf vele malen duurder is dan de screening op zich (6).

Hoewel alle seksueel actieve personen een potentieel risico lopen op een soa, blijkt algemene screening niet zinvol. De nood aan screening is afhankelijk van het individuele risico, maar tegelijkertijd moeten maatschappelijke risicofactoren ook in rekening gebracht worden. Daarom dient screening zich meer te focussen op patiënten met een groot risico voor soa's. Enerzijds wordt dit risico bepaald door vooraf bepaalde risicogroepen, anderzijds door het individuele gedrag of de prevalentie van bepaalde infecties in de maatschappij. Het inschatten van de individuele risicofactoren en de sociale status speelt hierin dan ook een belangrijke rol. Toch worden de bestaande richtlijnen niet altijd consequent gevolgd door huisartsen, waardoor voornamelijk de groepen met een hoog risicoprofiel onvoldoende gescreend worden (3).

Artsen ervaren verschillende drempels bij het bevragen van de seksuele activiteit en het risicogedrag van de patiënten. In een systematic review van Dryer et al bekijkt men verschillende studies in het Verenigd Koninkrijk die deze drempels omschrijven (2). Men kon de ervaren drempels indelen in drie grote categorieën. De eerste categorie omvat de persoonlijke drempels. Artsen vinden dat ze over onvoldoende kennis beschikken wat betreft soa's en hiervoor communicatief te weinig getraind zijn. Daarnaast ervaren huisartsen een schaamtegevoel wanneer ze de seksuele activiteit van patiënten moeten bevragen. Artsen zijn bang voor de reactie die dit bij patiënten zal teweegbrengen. De persoonlijke attitude ten opzichte van seksualiteit leidt er ook toe dat sommige artsen zich niet comfortabel voelen bij het bevragen van het seksuele gedrag van patiënten. Structurele factoren vormen een tweede categorie drempels. Zo wordt een gebrek aan tijd in meerdere studies aangehaald, maar ook de politieke sfeer behoort tot deze categorie. Hierbij is homoseksualiteit nog vaak een taboe en worden zieken en ouderen als aseksueel bestempeld, waardoor bij deze groep quasi nooit wordt gevraagd naar hun seksuele activiteit. De derde categorie drempels tenslotte bestaat uit factoren die bepaald worden door de organisatie van de gezondheidszorg. Vooral het gebrek aan tijd speelt hier opnieuw een rol, naast het gebrek aan kennis rond de soa-problematiek in het algemeen. De proactieve rol binnen de soa-zorg betekent ook een belangrijke werkbelasting voor de huisarts (3). Al deze drempels bemoeilijken de communicatie over seksualiteit en dragen zo bij aan een meer chaotische en een minder volledige soa-consultatie. Toch is het noodzakelijk om het seksuele gedrag van de patiënt effectief te bevragen om zo een correcte inschatting te kunnen maken van het risico van de patiënt, aangezien deze informatie essentieel is voor een juiste diagnose en een goed beleid (4,5).

Naast de hierboven besproken drempels voor de arts, zijn er ook beperkende factoren voor de patiënt. Ook de kennis van de patiënt over soa's is een bepalende factor. Eerder onderzoek toonde aan dat zowel het bewustzijn als de kennis over soa's, met uitzondering van hiv, in Europa laag is (11). Het bewustzijn over hiv werd in deze systematic review geschat op ongeveer 88%, terwijl dit voor gonorroe maar rond de 50% lag en voor humaan papilloma virus slechts rond de 0,2% werd geschat (11). In een eerdere studie waarin informatie over soa's aan patiënten werd aangeboden via een online tool gaf 91,67% van de deelnemers aan dat ze de aangeboden informatie nuttig vonden (15). Ook dit kan doen vermoeden dat de kennis over soa's eerder beperkt is. Verder kan ook de bereikbaarheid van de risicopopulatie een beperking vormen. Jongere patiënten gaan slechts zelden

naar de huisarts (13). Bovendien kan een soa symptoomvrij verlopen, waardoor zelfs besmette patiënten hun huisarts niet altijd zullen raadplegen. Verder beschrijft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu in een eerder onderzoek dat commerciële soa-zelftesten, die online verkocht worden, te vaak leiden tot foute conclusies en een vals gevoel van veiligheid bezorgen aan de gebruikers (14). Deze zelftests zullen gebruikers zelf hun diagnose stellen en mogelijks geen arts raadplegen waardoor de kans op foutieve of gemiste diagnoses toeneemt. Eén van de grootste hiaten hierbij is het gebrek aan het informeren van de gebruiker.

Voor deze studie zal de eerder ontwikkelde flowchart (16) gericht op de huisarts worden aangepast tot een beslishulp geschikt voor gebruik door de patiënt zelf. Een beslishulp is een interactieve, evidence based tool waarbij op basis van enkele vragen een profiel wordt opgesteld van de patiënt. Op deze manier kan er meer gericht advies en informatie worden gegeven aan de gebruikers. Deze tool wordt online verspreid om zo patiënten te bereiken die hun huisarts anders niet zouden consulteren. Bovendien kan de patiënt zijn resultaten delen met zijn huisarts. Eerder onderzoek toonde aan dat er voldoende argumenten zijn voor goed uitgebouwde eerstelijns-soa-strategieën (6). Uit een voorgaande studie blijkt dat een flowchart voor de huisarts een gunstig effect kan hebben op een soa-consult, voornamelijk voor wat het doorbreken van het taboe betreft(16). Een ander onderzoek toonde reeds aan dat door het verspreiden van informatie over soa's via facebook een doelgroep kan worden bereikt die asymptomatisch is of die zich niet bewust is van het eigen seksuele risicogedrag (15). Het doel van deze studie is dan ook om na te gaan of een online tool, louter gericht op het begeleiden en verwijzen van de gebruiker, het soa-consult kan verbeteren door in te spelen op de hierboven genoemde drempels.

II. Methoden

Onderzoeksopzet

Voor dit onderzoek wordt een flowchart ontwikkeld voor de patiënt. Er wordt uitgegaan van de tool gebruikt in voorgaand onderzoek (16). De oorspronkelijke flowchart werd ontwikkeld op basis van de NHG-standaard 'Het soa-consult', samen met toevoegingen uit de richtlijnen van domus medica (16, 1, 12). Aanpassingen gebeuren ten eerste op basis van aanpassingen gesuggereerd door voorgaand onderzoek met de oorspronkelijke flowchart. Vervolgens wordt de vraagstelling en het taalgebruik aangepast aan het doelpubliek. Tot slot worden er ook meer omkaderende teksten toegevoegd, waarbij de patiënt uitleg krijgt over het doel van de tool of over de betekenis van bepaalde vragen. Deze bijkomende teksten sporen de patiënt ook aan de resultaten, die eveneens kunnen worden uitgeprint, steeds te bespreken met een arts. Dit aangepast flowchart wordt de patiënt aangeboden via volgende website: http://www.soaconsult.be (bijlage 1).

De eerste aanpassingen aan de oorspronkelijke tool gebeuren op basis van opmerkingen uit voorgaand onderzoek (16). Vervolgens wordt het taalgebruik en de vraagstelling aangepast zodanig dat deze meer geschikt zijn voor het uiteindelijke doelpubliek. Hierbij wordt voornamelijk een aanpassing gedaan aan het onderdeel waar de klachten bevraagd worden. In de flowchart voor patiënten wordt er gevraagd naar de symptomen, die de patiënt dan zelf kan herkennen. Deze vragen worden door een focusgroep van 10 personen, zonder medische scholing, nagelezen. Verdere aanpassingen worden doorgevoerd op basis van hun opmerkingen. Op deze manier wordt de flowchart bruikbaar voor de algemene bevolking.

Tot slot wordt er extra wetenschappelijk onderbouwde informatie toegevoegd gericht aan de patiënt. Enerzijds wordt er extra uitleg toegevoegd om het doel van de tool te duiden of om bepaalde vragen te verduidelijken. Anderzijds wordt aan de patiënt ook informatie verschaft over de noodzakelijkheid van bepaalde testen. Bovendien kunnen de patiënten hun resultaten afdrukken en bespreken met hun huisarts. Wanneer er wordt aangeraden om een op een bepaalde aandoening te screenen, krijgt de patiënt per ziekte een algemene uitleg die verklaart dat er een verhoogd risico is en hij dit resultaat best bespreekt met zijn arts. Voor de 5 grote soa's wordt er indien nodig kort uitgelegd waarom deze niet hoeven te worden gescreend, als blijkt dat dit niet hoeft. De hierboven vermelde teksten worden gebaseerd op de NHG-standaard(4,12).

De evaluatie van de tool gericht aan de patiënt zal gebeuren op basis van een korte, subjectieve vragenlijst (Bijlage 4). Deze enquête zal onder andere peilen naar de mate waarin de patiënt werd gerustgesteld en de mate waarin de patiënt geneigd is om deze resultaten verder te bespreken met de arts. Ook zal er plaats worden gelaten voor vrije opmerkingen, die later kunnen bijdragen aan het verbeteren van de beslishulp. Op deze manier zal er een subjectieve evaluatie gebeuren van de tool.

Setting en deelnemers

De online tool wordt ontwikkeld in Angular 2 en Typescript en wordt beschikbaar gesteld via http://www.soaconsult.be, een website toegankelijk voor alle internetgebruikers. Het doelpubliek omvat alle personen met vragen of bezorgdheden over het al dan niet hebben van een seksueel overdraagbare aandoening. Verspreiding van de website zal gebeuren via de volgende sociale media: facebook en instagram. Eveneens wordt de link naar de tool ook ter beschikking gesteld in de wachtzalen van de huisartsenpraktijken waar de onderzoekers actief zijn.

Dataverzameling

Elke deelnemer krijgt de mogelijkheid, op het einde van de flowchart, om deel te nemen aan een korte enquête. De antwoorden op deze enquête zijn op geen enkele manier gekoppeld aan de resultaten van de deelnemer. De deelnemers worden gevraagd de enquête door te mailen aan één van de onderzoekers. De gegevens worden anoniem opgeslagen door een onderzoeker en verwerkt door een andere onderzoeker. Zo wordt de verwerking van de gegevens volledig losgekoppeld van de identiteit van de deelnemers. In de enquête geven de deelnemers enkel hun leeftijd en geslacht door en geven ze aan of een screening al dan niet aangewezen is. Op deze manier wordt een verzameling van anonieme gegevens bekomen.

De studiegegevens zijn bruikbaar wanneer de deelnemers de volledige flowchart doorlopen hebben en minstens 90% van de enquête hebben ingevuld. De enquêtes worden afgenomen binnen de periode van 15 oktober 2018 tot en met 15 februari 2019. De enquête wordt enkel aangeboden aan patiënten die de flowchart volledig doorlopen hebben. De gegevens worden niet gebruikt wanneer meer dan 10% van de vragen onbeantwoord bleven.

Data-analyse

De antwoorden op de enquête worden opgelijst in een excelbestand door 1 van de onderzoekers. De antwoorden worden per vraag uitgeteld en beschreven in de resultaten.

Aangezien gebruik wordt gemaakt van patiëntengegevens, werd bovenstaande methodiek goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek van de Universitaire Ziekenhuizen KULeuven onder dossiernummer: MP004477 (bijlage 2).

III. Resultaten

De enquête over het gebruik van de tool werd ingevuld door 35 gebruikers. Alle gebruikers hadden de enquête volledig ingevuld. Hierdoor werden ook alle resultaten geïncludeerd in de studie. Het grootste deel van de gebruikers vond hun weg naar de tool via een bericht op facebook, dat was 85,71% (30/35). 8,57% (3/35) vonden de tool door via het internet op zoek te gaan naar informatie over soa's. 2,86% (1/35) bezocht de tool na het lezen van een bericht in de wachtzaal van de arts en tot slot vond 2,86% (1/35) de tool op aanraden van een vriend. (figuur 3)

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 28,54 jaar. 80% (28/35) deelnemers was jonger dan 30 jaar en 17,14% (6/35) was jonger dan 25 jaar. 74,29% (26/35) waren vrouwen. (Figuur 1 en 2)

Alle deelnemers vonden de tool gemakkelijk te doorlopen, 91,43% (32/35) antwoordde dat de website 'heel gemakkelijk' te doorlopen was de overige 8,57% (3/35) gaf aan dat de website 'redelijk makkelijk' te doorlopen was.(figuur 4)

Voor het doorlopen van de tool was 5,71% (2/35) van de gebruikers reeds van plan om een arts te bezoeken.(figuur 5) Deze 2 gebruikers gaven aan nadien nog steeds van plan te zijn een arts te bezoeken. Na het doorlopen van de tool was in totaal 11,43% (4/35) dit van plan.(figuur 6) Iedereen die van plan was een arts te bezoeken, was ook van plan de resultaten met de arts te delen. Voor het gebruik van de tool was 88,57% (31/35) ervan overtuigd dat ze geen soa hadden, de overige 11.43% (4/35) dacht vooraf misschien een soa te hebben.(figuur 7) Na het invullen van de tool was nog 80,00% (28/35) ervan overtuigd geen soa te hebben en dacht 20,00% (7/35) misschien een soa te hebben.(figuur 8) 1 van de 4 gebruikers die voordien dacht misschien een soa te hebben was na het invullen van de tool ervan overtuigd dat hij geen soa had. 4 gebruikers die vooraf dachten geen soa te hebben, gaven aan na het invullen van de tool te denken dat ze misschien een soa zouden hebben.

60% (21/35) gaf aan gerustgesteld te zijn na het gebruik van de soa-tool. 22,86% (8/35) gaf aan even bezorgd te zijn als voor het invullen van de tool. 8,57% (3/35) was geruster door de tool maar wenste toch nog een arts te consulteren om de resultaten te bespreken. 5,71% (2/35) was meer bezorgd na het invullen van de tool en 2,86% (1/35) gaf aan dat hij de website onduidelijk vond en daardoor niet geruststellend was.(figuur 9) De gebruikers die antwoordden dat ze meer bezorgd waren na het invullen van de tool, gaven toch niet aan van plan te zijn een arts te consulteren. Van de 8 gebruikers die antwoordden even bezorgd te zijn als voordien waren er 7 vooraf van overtuigd geen soa te hebben en 1 die vooraf dacht misschien een soa te hebben. 3 van deze gebruikers die vooraf dachten geen soa te hebben, gaven achteraf aan misschien een soa te hebben.

Tot slot gaf 28,57% (10/35) aan de tool 'zeer waarschijnlijk' aan te raden aan vrienden en 42,86% (15/35) antwoordde de tool 'waarschijnlijk' aan te raden aan vrienden. 14,29% (5/35) vond het 'enigszins waarschijnlijk' dat ze de tool zouden aanraden en de overige 14,29% (5/35) vond het 'helemaal niet waarschijnlijk' dat ze de tool aan vrienden zouden aanraden.(figuur 10)

IV. Discussie

Deze studie doet vermoeden dat er plaats is voor een online tool over soa-screening gericht aan patiënten en dat deze tool ook kan bijdragen aan een vlotter soa-consult. Alle gebruikers gaven aan dat de tool heel tot redelijk gemakkelijk te doorlopen was. Bovendien waren alle gebruikers die van plan waren om de arts te bezoeken, ook van plan de resultaten van de tool met hun arts te delen. Deze resultaten omvatten zowel de antwoorden van de patiënt op de risicoanalyse, als de screening die door de tool wordt aangeraden. Op deze manier kan de tool helpen bij het verlagen van hogergenoemde drempels die artsen ervaren bij het bevragen van risicogedrag van de patiënt (2). De arts krijgt aan het begin van de consultatie reeds een overzicht van het risicogedrag van de patiënt en kan deze gebruiken om dit gedrag verder te bespreken. Eerder onderzoek deed vermoeden dat het gebruik van een online tool drempelverlagend werkt voor de huisarts om risicogedrag van de patiënt te bespreken (16). Vermoedelijk hebben deze resultaten, die de patiënt zelf aanbiedt, een gelijkaardig drempelverlagend effect.

Verder doet dit onderzoek ook vermoeden dat er kan worden ingespeeld op de beperkte kennis en kan worden gezorgd voor bewustwording van de patiënt door het online aanbieden van de tool. Zoals reeds in eerder onderzoek aangetoond (15), blijkt ook uit dit onderzoek dat via facebook een doelgroep bereikt kan worden die asymptomatisch is of zich niet bewust is van zijn eigen seksuele risicogedrag. Voor het gebruik van de tool dacht slechts 11,43% (4/35) dat ze misschien een soa hadden, na het gebruik van de tool was dit gestegen tot 20,00% (7/35). Gelijklopend waren er voor het gebruik van de tool slechts 5,71% (2/35) van de gebruikers van plan een arts te consulteren om hun risico op een soa te bespreken, na gebruik van de tool was dit 11,43% (4/35). Anderzijds gaf 5,71% (2/35) aan meer bezorgd te zijn na het invullen van de tool, maar beide personen gaven aan niet van plan te zijn om een arts te bezoeken. Toch doen deze resultaten vermoeden dat er enerzijds een populatie wordt bereikt die ervan overtuigd is een beperkt risico op soa's te hebben en anderzijds dat een online tool ertoe kan bijdragen deze populatie bewust te maken van zijn risicogedrag en sommige patiënten er zelfs toe kan aanzetten om dit met zijn huisarts te bespreken.

Via de affiche in de wachtzaal van de huisarts was er een zeer beperkte respons. Mogelijks omdat deze patiënten hun vragen over soa's meteen aan de huisarts kunnen richten. Deze resultaten suggereren dat sociale media een beter medium zijn om een online tool te verspreiden dan de wachtzaal van de huisarts. Desalniettemin kan een affiche in de wachtzaal mogelijks wel bijdragen aan de bewustmaking over het belang van soa screening.

Tot slot suggereert dit onderzoek ook dat een online tool over soa screening kan bijdragen aan het geruststellen van de patiënt. 60% (21/35) van de gebruikers gaf aan gerustgesteld te zijn door de tool. Bijna al deze gebruikers (20/21) gaven aan na de tool te denken 'zeker geen soa te hebben'. Dit doet vermoeden dat de tool voornamelijk geruststellend werkt voor de patiënten waar geen screening wordt aangeraden. Slechts 2,76% (1/35) gaf aan niet gerustgesteld te zijn omdat de site onduidelijk was.

De studie had slechts een beperkt aantal deelnemers, wat kan leiden tot een selectiebias. Hiervoor zijn verschillende oorzaken mogelijk. Enkel de gebruikers die de slot-enquête hebben ingevuld, werden geïncludeerd in de studie. Vermoedelijk heeft deze flowchart een groter publiek bereikt, maar werd de slot-enquête niet door alle gebruikers ingevuld. Mogelijke redenen hiervoor zijn de beperkte zichtbaarheid naar de link van de enquête of de extra tijdsbesteding voor het invullen ervan. Verder werd de tool enkel gedeeld via de facebookprofielen van de onderzoekers en in de wachtzalen van de huisartsenpraktijken waar de onderzoekers actief zijn. Een algemene advertentie, zowel op facebook als in wachtzalen van huisartsen, zou een groter bereik kunnen

hebben. Bovendien blijft er ook een zeker taboe bestaan rond soa's. Het persoonlijke karakter van facebook kan bepaalde personen net hebben afgeschrikt om de tool te gebruiken. Tot slot was de tool zelf erg moeilijk te vinden via internet. Er waren slechts 3 gebruikers die de tool via deze weg hadden gevonden. Verwijzing naar een online tool op een veel bezochte site over soa's zou een online tool beter bereikbaar kunnen maken.

De studiepopulatie bestond voor het grootste deel, 74,29% (26/35), uit vrouwen. De ongelijke verdeling van geslachten kan mogelijks een gevolg zijn van het feit dat de onderzoekers, via wiens facebook de tool gedeeld werd, allebei vrouwen zijn. Dit kan ertoe geleid hebben dat de tool door meer vrouwen gezien werd. Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat vrouwen zich meer ongerust maken over het hebben van een soa dan mannen. Verder was 80,00% van de studiepopulatie onder de 30 jaar oud. Ook dit zou mogelijks een gevolg kunnen zijn van het gebruik van facebook als medium om de tool te verspreiden. De sociale media zijn meer toegankelijk voor een jongere populatie en bovendien bereiken de profielen van de onderzoekers voornamelijk leeftijdsgenoten. Ook is in het algemeen een jongere populatie meer seksueel actief met vaker wisselende partners (12), waardoor ze zich mogelijks ook meer zorgen maakt over het hebben van een soa.

Tot slot kon er in deze studie geen rechtstreeks onderzoek gebeuren naar de ervaringen van huisartsen wanneer zij geconfronteerd worden met de resultaten van de tool tijdens een soa-consult. Hierdoor kan niet met zekerheid worden aangetoond of het gebruik van de tool door een patiënt ook een meerwaarde vormt bij het soa-consult, zoals reeds werd gesuggereerd in voorgaand onderzoek (16).

V. Conclusie

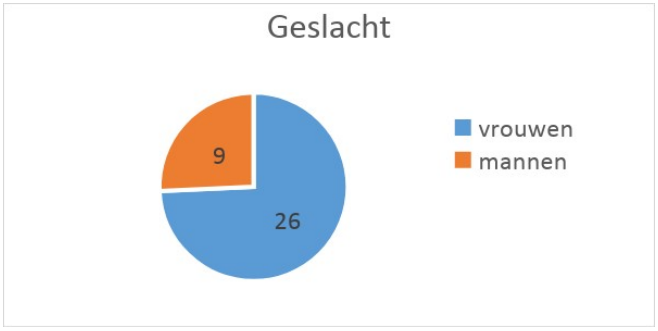
In dit onderzoek werd nagegaan of een online tool gericht aan de patiënt kan bijdragen aan de screening naar soa's. De resultaten doen vermoeden dat een online tool over soa screening kan helpen om drempels te overwinnen, dit zowel bij de patiënt als bij de arts. Zo kan een online tool patiënten bereiken die niet van plan zijn de arts te consulteren en kan de tool bijdragen aan de bewustmaking van de patiënt. Bovendien blijkt dat patiënten hun resultaten ook delen met de huisarts, waardoor dit mogelijks ook bijdraagt aan het omzeilen van de drempels bij de arts. Toch dient hierbij rekening gehouden te worden met de lage respons en de kleinschaligheid van het onderzoek.

VI. Referenties

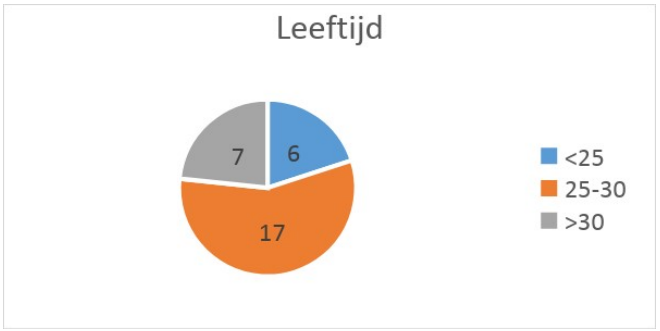
1. Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, Bouma M, Verlee: NHG-Standaard Het soa-consult (Eerste herziening), E. Huisarts Wet 2013;56(9):450-463.
2. Dyer K. et al. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in de United Kingdom. J Sex Med 2013; 10: 2658-2670.
3. Suzan C M Trienekens, Ingrid V F van den Broeck, Gé A Donker, Jan E A van Bergen, Marianne A B van der Sande; Consultations for sexually transmitted infections in the general practice in the Netherlands: an opportunity to improve STI/HVI testing; BMJ Open 2013;3:e003687
4. Smets K. Seksueel Overdraagbare Infecties in de Huisartsenpraktijk. Handleiding voor de moderator. Domus Medica; Handleiding voor kwaliteitsbevordering, 2015
5. Rosanna W. Peeling, David Mabey, Alan Herring and Edward W. Hook. Why do we need quality-assured diagnostic tests for sexually transmitted infections? Nat Rev Microbiol. 2006 Dec;4(12):909-21.
6. Suijkerbuijk AW 1 , Over EA , Koedijk FD , van Benthem BH , van der Sande MA , Lugnér AK. More efficient testing policy at STI clinics. Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde; 2014, 158:A6980
7. Ghanem KG MD/PhD, Tuddenham S MD/PhD; Screening for sexually transmitted infections; Jan 2019
8. Avonts M, Cloetens H, Leyns C, Delvaux N, Dekker N, Demulder A, De Sutter A, Goossens M, Leysen P, Philips H, Van de Vyver N, Van Royen P, Verstraete A en Michels J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Aanvraag van laboratoriumtests door huisartsen - Deel 1. Huisarts Nu 2011;40:S1-S55.
9. Dhont, M. (2012). Gynaecologische infecties. Handboek Gynaecologie. (p 65 – 68). Uitgeverij Acco.
10. Ghanem KG MD/PhD, Tuddenham S MD/PhD; Screening for sexually transmitted infections; Jan 2019
11. Samkange-Zeeb FN, Spallek L, Zeeb H, Panchaud C, Singh S, Feivelson D, et al. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. BMC Public Health [Internet]. 2011;11(1):727.
12. Grijze literatuur: www.sensoa.be; www.thuisarts.nl
13. Kachur R, Mesnick J, Liddon N, Kapsimalis C, Habel M D-FC, Brown K et al. Adolescents, Technology and Reducing Risk for HIV, STDs and Pregnancy. Atlanta, GA Centers Dis Control Prev. 2013;1–72.
14. IVF Van den Broek et al; Evaluatie van het aanbod van online-zelfaanbieders van soa-testen in Nederland; RIVM rapport 2016-0143;
15. Caers L, Vanhove M, Willems H; Promotor Prof Dr. Schoenmakers B; 'Het soa-consult: wordt dat bloed ook op aids getest?'; KULeuven, mei 2019
16. Ahmad N, Bartels E, De Wachter Ph; Promotor Prof Dr. Schoenmakers B; Vlot door het soa-consult met een digitale flowchart? Het soa-consult: wordt dat bloed ook op aids getest?; KULeuven, juni 2017
17. De Wachter Ph; co-auteur Bartels E, Promotor Dr. Schoenmakers B; Het effect van een digitale tool op het soa-consult in de huisartsenpraktijk; KULeuven, mei 2019

VII. Tabellen en figuren

Figuur 1: Geslacht deelnemers



Figuur 2: Leeftijd deelnemers



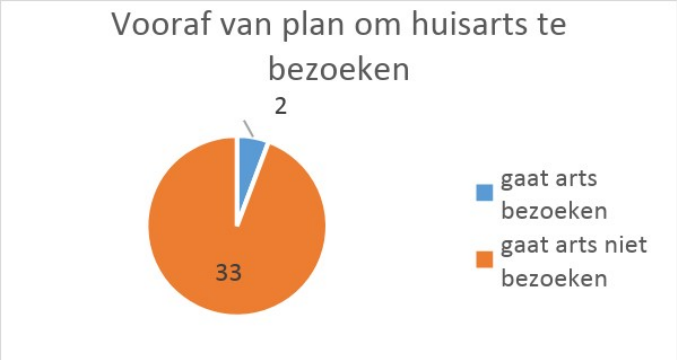
Figuur 3: Toegang tot de tool



Figuur 4: Moeilijkheidsgraad tool



Figuur 5: Vooraf gepland arts te bezoeken



Figuur 6: Achteraf van plan arts te bezoeken



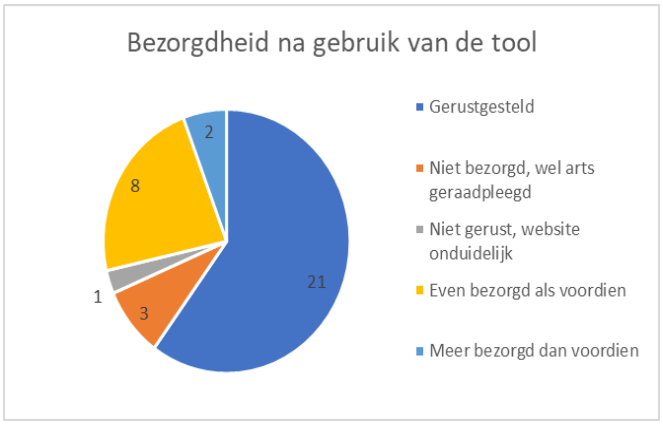
Figuur 7: Inschatting soa door patiënt vooraf



Figuur 8: Inschatting soa door patiënt achteraf



Figuur 9: Bezorgdheid deelnemers



Figuur 10: Aanbevelen tool



VIII. Bijlagen

Bijlage 1: Link naar online tool

De link naar de website waarop de patiënten de online tool konden raadplegen:

www.soaconsult.be

Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP004477
Uw kenmerk: Masterproef studie: optimalisatie van het soa-consult
Leuven, 04-06-2018

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Birgitte Schoenmakers
Geachte Pheandra De Wachter, Evelien Bartels

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 04-06-2018

De Commissie keurt de aanvraag goed. Indien de informatiebrief dient er een clausule ivm verzekering toegevoegd te worden. De Commissie heeft geoordeeld dat het projectvoorstel onder de wet op medische experiementen valt. Daarom is inclusie van

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 22-05-2018 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Your reference: Master's thesis study: optimalisatie van het soa-consult
Leuven, 04-06-2018

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Birgitte Schoenmakers
Dear Pheandra De Wachter, Evelien Bartels

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 04-06-2018

De Commissie keurt de aanvraag goed. Indien de informatiebrief dient er een clausule ivm verzekering toegevoegd te worden. De Commissie heeft geoordeeld dat het projectvoorstel onder de wet op medische experiementen valt. Daarom is inclusie van

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 22-05-2018 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Bijlage 3: Goedgekeurd protocol door Ethisch Comité

KU LEUVEN UZ LEUVEN

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Optimalisatie van het soa-consult
Version 1: Date submission	Date:7/03/2018
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promoter	Name: Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte
	Telephone: +32 16 37 72 90
	E-mail: birgitte.schoenmakers@kuleuven.be
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES ☒ NO ☐	
Co-investigator – Co-Promoter	Name:
	Telephone:
	E-mail:
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES ☐ NO ☐	
Sub-investigator – Student(s)	Name: Evelien Bartels
	Student number: r0264575
	Telephone: 0478/368161
	E-mail: evelienbartels9@gmail.com
	Name: Pheandra De Wachter
	Student number: s0217415
	Telephone: 0479/851970
	E-mail: pheandra@hotmail.com; pheandra.dewachter@student.kuleuven.be
	Name:
	Student number:

	Telephone:
	E-mail:

2. BACKGROUND AND RATIONALE

De resultaten uit voorgaande onderzoeken (1,2) toonden aan dat een beslisondersteuning door de huisarts bijdraagt tot een gerichter soa-consult. De beslishulp voor patiënten gaf een antwoord op veelvoorkomende vragen van de patiënt en helpt de patiënt om te beslissen een arts te consulteren.

3. STUDY OBJECTIVES

In dit onderzoek worden beide tools herwerkt, na analyse van de beperkingen uit vorige onderzoeken. Nadien worden de herwerkte tools opnieuw getest in een populatie-onderzoek. Via EBM-practice net zal deze flowchart ter beschikking worden gesteld van Vlaamse huisartsen. Hierdoor zal de arts de bestaande richtlijnen vlotter kunnen toepassen. Er wordt nagegaan of dit leidt tot een meer gericht aanvragen van soa-testen.

De tool voor patiënten zal via de website van Gezondheid en Wetenschap beschikbaar gesteld worden. Hierdoor zal de patiënt correcte informatie kunnen verkrijgen over soa's, zelf aan risico-analyse kunnen doen en zich kunnen voorbereiden op een eventuele consultatie. De populatie bestaat uit patiënten die via internet op zoek gaan naar informatie over soa-screening. De evaluatie zal gebeuren via een korte vragenlijst gericht aan de patiënten die de online patiëntentool hebben doorlopen.

4. RESEARCH METHOD

De uitkomstmaat om de doelmatigheid van de flowchart voor de arts te meten is de verhouding van het aantal aangevraagde testen tov het aantal positieve testen.

De laboresultaten worden opgevraagd bij de verschillende laboratoria. Deze labogegevens omvatten het eerste testresultaat per patiënt, het totaal aantal uitgevoerde testen en het aantal positieve testen hierbij. Deze resultaten zullen worden vergeleken met de gekende prevalentie van soa's en het gemiddelde aantal soa-testen.

De bruikbaarheid van de beslishulp voor patiënten zal geëvalueerd worden aan de hand van een korte vragenlijst. Gebruikers zullen de mogelijkheid hebben de informatie op de website te beoordelen en feedback te geven. Op basis van deze feedback zal worden nagegaan of patiënten een antwoord kregen op hun vragen en zo onnodige screening kan vermeden worden.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

De arts kan het flowchart gebruiken voor wilsbekwame, seksueel actieve patiënten met vragen over soa's of bij klachten waarbij de arts een soa-screening nodig acht. De arts licht patiënten in over de studie en geeft zowel mondeling als schriftelijk informatie over de studie. Patiënten dienen mondeling of schriftelijk in te stemmen met de informed consent. De arts noteert dit zorgvuldig in het dossier.
De populatie voor de studie rond de beslishulp voor patiënten bestaat uit patiënten die online op zoek gaan naar informatie over soa-screening en –risico. De informed consent zal schriftelijk worden aangeboden en moet worden goedgekeurd om in de studie te worden geïncludeerd. De resultaten zullen enkel worden geïncludeerd indien patiënten meerderjarig zijn en de vragenlijst volledig hebben doorlopen.

5.2 Expected duration

Zowel het flowchart voor de arts als de beslishulp voor de patiënt zouden gedurende 6 maanden worden getest. Voor de deelnemende patiënten bestaat de studie enkel uit het invullen van de beslishulp en/of de consultatie bij de huisarts waarin gebruik wordt gemaakt van het flowchart. Er is achteraf geen verdere opvolging of controle nodig. Opvolging van eventuele positieve testen gebeurt , zoals dit ook buiten de studie zou gebeuren, door de huisarts. Deze verdere opvolging valt buiten het bestek van de studie.

5.3 Recruitment

Verschillende artsen in Vlaanderen worden gecontacteerd en hun deelname wordt gevraagd. Contactname zal gebeuren via EBM-practice net, de website van het icho, telefonisch en via de huisartsenkringen. Bij de laboratoria waarmee de deelnemende artsen samenwerken worden de resultaten van de soa-testen gedurende de testperiode anoniem opgevraagd. De flowchart zal gedurende 6 maanden getest worden door Vlaamse huisartsen.
Wanneer een patiënt zich aanbiedt voor een soa-screening, wordt aan de deelnemende artsen gevraagd via ICPC-codering de consultatie als soa-consultatie te registreren.

De tool voor patiënten zal via de website van Gezondheid en Wetenschap beschikbaar gesteld worden. De populatie bestaat uit patiënten die via internet op zoek gaan naar informatie over soa-screening.

6. ANALYSIS

Om de flowchart voor de arts te evalueren zal de prevalentie van soa's in de deelnemende huisartsenpraktijken vergeleken worden met gekende prevalentiecijfers van soa's, opgevraagd via Intego. Na de testperiode van 6 maanden zal geanalyseerd worden in hoeverre de flowchart bijdraagt tot verbetering van het soa-consult. De uitkomstmaat om de doelmatigheid

van de flowchart voor de arts te meten is de verhouding van het aantal aangevraagde testen tov het aantal positieve testen.

De beslishulp voor patiënten wordt geëvalueerd op basis van een vragenlijst voor de patiënten die de tool doorliepen. Op basis van deze feedback zal worden nagegaan of patiënten een antwoord kregen op hun vragen en zo onnodige screening kan vermeden worden.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Bij de evaluatie van het flowchart worden de testresultaten geanonimiseerd door de laboratoria. De onderzoekers komen op geen enkel moment in contact met identificeerbare gegevens. Deze gegevens zullen na de studie nog enkele jaren bewaard worden door de onderzoekers.

De online beslishulp voor de patiënt wordt anoniem doorlopen. Er zal enkel worden gevraagd naar leeftijd en geslacht. Ook deze gegevens zullen dus niet te identificeren zijn en zullen eveneens gedurende enkele jaren door de onderzoekers bewaard blijven.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

In the framework of his / her Master's thesis, the student(s) will have access to all kinds of data, information, results and documents, including personal data which is not exclusively limited to patient data (the "Information"). In order to ensure the confidentiality of this information and the privacy of those involved, within the framework of his / her Master's thesis the student(s) should always deal with the Information with the greatest care and discretion.

Data collected in the framework of a Master's thesis, in particular research related to patients and including the collection and analysis of personal data, requires the utmost of care and discretion. Therefore, at all times the student must observe complete confidentiality with respect to the Information he / she has collected during the course of his / her Master's thesis.

In performing this research, the student(s) commit(s) him/herself to the following confidentiality obligations:

- *He / she accepts, during and after the completion of the Master's thesis, the obligation to strictly observe the confidentiality of the Information he / she has collected and the activities to which he / she has participated, and regarding the patients, healthy volunteers and the staff members with whom he / she comes into contact;*
- *He / she will only process and collect data that is relevant and necessary for his / her Master's thesis;*
- *He / she will not share information with persons not directly involved within the framework of his / her research;*
- *He / she will take all necessary steps to protect the confidentiality of information and the privacy of those involved;*
- *He / she will handle with care and responsibility the Information and the access granted to him/her to information systems and digital media.*

All investigators shall treat all information and data relating to the study as confidential and shall not disclose such information to third parties or use such information for any purpose other than the performance of the study. The collection, processing and disclosure of personal data, such as participants' health and medical information, is subject to compliance with applicable personal data protection legislation.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

Aangezien het enkel om een testing van twee beslishulpen gaat en dit voor de patiënt geen medisch risico inhoudt, is een continu medisch toezicht door een arts niet nodig. Uiteraard zal de patiënt bij vragen of problemen beroep kunnen doen op zijn eigen huisarts.

9. APPROVAL

Hereby we confirm that data collection is performed with approval of the head of the respective unit(s) or department(s) where data collecting is taking place.

10. PUBLICATION POLICY

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the requirements published by the International Committee of Medical Journal Editors and in accordance with the requirements of the respective journal.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

1. Thesis 4de master Geneeskunde:
   Het soa-consult: wordt dat bloed ook op aids getest?
   "Vlot door het soa-consult met een digitale flowchart?"
   Auteurs: Ahmad Noureen, Bartels Evelien, De Wachter Pheandra
2. Thesis 4de master Geneeskunde:
   Het soa-consult: wordt dat bloed ook op aids getest?
   "Een digitale tool voor de patiënt"
   Auteurs: Caers Liesbeth, Vanhove Marijke, Willems Hannah

13. ANNEXES

KU LEUVEN
UZ LEUVEN
GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

Geachte,

Wij, Evelien Bartels en Pheandra De Wachter, hebben in de 4de master geneeskunde een eindwerk gemaakt rond het soa-consult.

Literatuuronderzoek toont aan dat soa-consultaties tot op vandaag vaak weinig gestructureerd verlopen en de richtlijnen vaak niet gevolgd worden. We willen trachten om hierin verandering te brengen door na te gaan of een digitale flowchart de huisarts kan helpen bij het meer gericht aanvragen van soa-testen.
Vorig jaar hebben we deze flowchart kleinschalig laten testen door een beperkt aantal huisartsen. De feedback was positief en ondanks de kleinschaligheid konden we een gunstig effect van deze flowchart vermoeden.
Hierop willen we in deze tweejaarlijkse thesis verder bouwen.

In deze thesis willen we ons niet alleen focussen op de consultaties bij de arts, maar eveneens op het vooraf informeren van de patiënt.
De digitale flowchart voor de arts zal op basis van eerdere feedback worden aangepast. Na optimalisatie van de digitale flowchart zal deze aangeboden worden via EBM-practice net aan Vlaamse huisartsen. Wanneer een patiënt komt met vragen over het soa-consult, kan de arts deze tool met de patiënt doorlopen en een meer gericht beleid instellen. Gedurende zes maanden zullen we deze flowchart laten testen in de praktijk. Bij de laboratoria waarmee de deelnemende artsen samenwerken, worden de resultaten van de soa-testen gedurende de testperiode anoniem opgevraagd. De prevalentie van soa's in de deelnemende huisartsenpraktijken zal worden vergeleken met gekende prevalentiecijfers van soa's. Na de testperiode van 6 maanden zal geanalyseerd worden in hoeverre de flowchart bijdraagt tot optimalisatie van het soa-consult en het gerichter screeningsgedrag van de Vlaamse huisarts.

Het tweede aspect waarrond we onze thesis zullen opbouwen, is het vooraf informeren van de patiënt. Eerder onderzoek toonde aan dat een online tool voor de patiënt een antwoord kan bieden op veelvoorkomende vragen en een leidraad vormt in de keuze van al dan niet een arts te consulteren. We zullen hiervoor een nieuwe tool ontwikkelen en aanbieden via de website van Gezondheid en Wetenschap. Hierdoor zal de patiënt correcte informatie kunnen verkrijgen over soa's, zelf aan risico-analyse kunnen doen en zich kunnen voorbereiden op een eventuele consultatie.
Gebruikers zullen de mogelijkheid hebben de informatie op de website te beoordelen en feedback te geven. Op basis van deze feedback zal worden nagegaan of patiënten een antwoord kregen op hun vragen en zo onnodige screening kan vermeden worden.

Wij hopen alvast op een succesvolle thesis en kijken er naar uit om het eindresultaat aan u te mogen voorstellen.

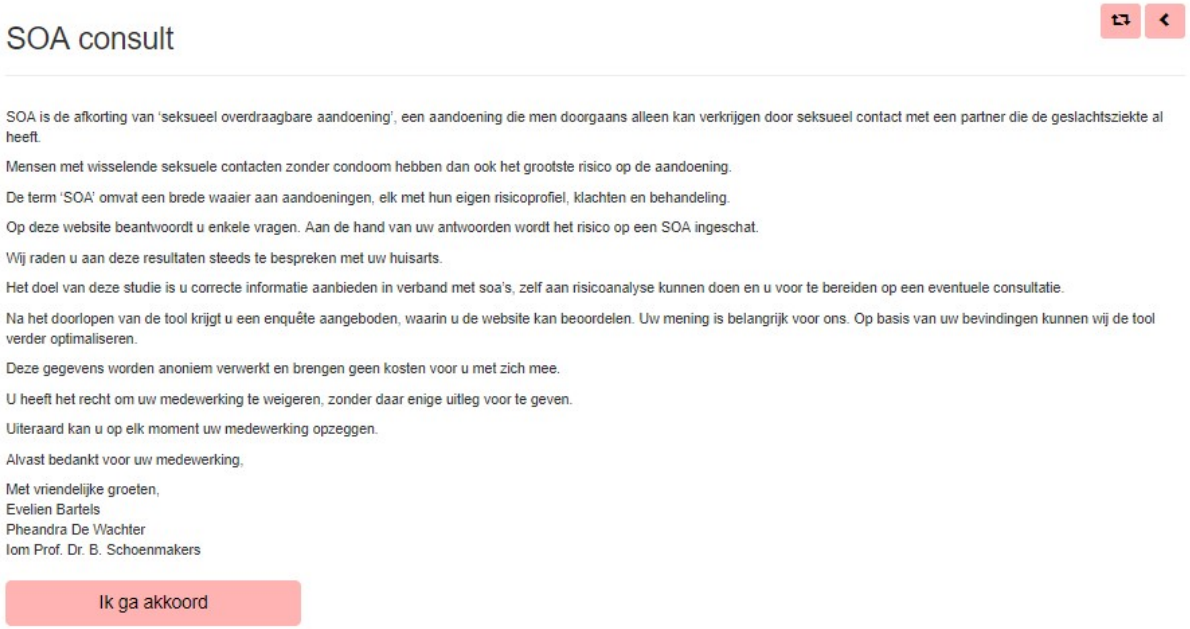
Hoogachtend,
Evelien Bartels
Pheandra De Wachter
Katholieke Universiteit Leuven

- Informed consent voor flowchart van de arts: Nederlands- en Engelstalige versie, zie bijlage
- Informed consent voor deelnemers aan Gezondheid en Wetenschap: Nederlands- en Engelstalige versie, zie bijlage

- Abstract en protocol van de thesis: zie bijlage
- Vragenlijst op de website van Gezondheid en Wetenschap: zie bijlage
- Flowchart voor de arts: zie bijlage, nog te digitaliseren
- Beslishulp voor de patiënt: zie bijlage, nog te digitaliseren
- CV Evelien Bartels
- CV Pheandra De Wachter

Bijlage 4: Informed consent

Patiënten kregen voorafgaand aan hun gebruik van de flowchart volgende uitleg aangeboden. Enkel wanneer de patiënt aangaf hiermee akkoord te gaan, kreeg hij de verdere vragen aangeboden.



SOA consult

SOA is de afkorting van 'seksueel overdraagbare aandoening', een aandoening die men doorgaans alleen kan verkrijgen door seksueel contact met een partner die de geslachtsziekte al heeft.

Mensen met wisselende seksuele contacten zonder condoom hebben dan ook het grootste risico op de aandoening.

De term 'SOA' omvat een brede waaier aan aandoeningen, elk met hun eigen risicoprofiel, klachten en behandeling.

Op deze website beantwoordt u enkele vragen. Aan de hand van uw antwoorden wordt het risico op een SOA ingeschat.

Wij raden u aan deze resultaten steeds te bespreken met uw huisarts.

Het doel van deze studie is u correcte informatie aanbieden in verband met soa's, zelf aan risicoanalyse kunnen doen en u voor te bereiden op een eventuele consultatie.

Na het doorlopen van de tool krijgt u een enquête aangeboden, waarin u de website kan beoordelen. Uw mening is belangrijk voor ons. Op basis van uw bevindingen kunnen wij de tool verder optimaliseren.

Deze gegevens worden anoniem verwerkt en brengen geen kosten voor u met zich mee.

U heeft het recht om uw medewerking te weigeren, zonder daar enige uitleg voor te geven.

Uiteraard kan u op elk moment uw medewerking opzeggen.

Alvast bedankt voor uw medewerking,

Met vriendelijke groeten,
Evelien Bartels
Pheandra De Wachter
Iom Prof. Dr. B. Schoenmakers

Ik ga akkoord

Bijlage 5: Vragenlijst voor subjectieve evaluatie door gebruikers

SOA Consult Bedankt dat u de SOA Consult website gebruikte. We willen graag weten wat u ervan vond. Kunt u even tijd maken om enkele vragen te beantwoorden? Het invullen duurt minder dan 5 minuten. Uw antwoorden worden volledig anoniem verwerkt. *Vereist

1. Hoe oud bent u? *

……

2. Wat is uw geslacht? *
   - Mannelijk
   - Vrouwelijk

3. Langs welke weg vond u onze website? *
   - Via een post op facebook
   - Terwijl ik zelf zocht naar informatie over soa's op het internet
   - Ik zag het in de wachtzaal bij mijn huisarts
   - Anders:

4. Hoe makkelijk is het om de SOA consult website te doorlopen? *
   - Heel gemakkelijk
   - Redelijk gemakkelijk
   - Helemaal niet gemakkelijk
   - Bijna onmogelijk

5. Heeft u een dokter bezocht of gaat u deze nog bezoeken na het gebruik van de website? *
   - Ja
   - Nee

6. Was u al van plan een dokter te bezoeken vóór u de website gebruikte? *
   - Ja
   - Nee

7. Dacht u, vóór het gebruik van de website, dat: *
   - U zeker GEEN SOA had
   - U misschien een SOA had
   - U zeker WEL een SOA had

8. Denkt u, na het gebruik van de website, dat: *
   - U zeker GEEN SOA had
   - U misschien een SOA had
   - U zeker WEL een SOA had

9. Bent u door het gebruik van deze website minder bezorgd over het hebben van een SOA? *
   - Ja, ik ben gerustgesteld
   - Ja, ik ben niet erg bezorgd, maar ik maak(te) wel een afspraak bij de arts
   - Nee, ik vond de website onduidelijk
   - Nee, ik ben even bezorgd als vóór het gebruik van de website
   - Nee, ik ben meer bezorgd dan vóór het gebruik van de website

10. Hoe waarschijnlijk is het dat u deze tool aanbeveelt aan anderen? *
    - Zeer waarschijnlijk
    - Waarschijnlijk
    - Enigszins waarschijnlijk
    - Helemaal niet waarschijnlijk

11. De website biedt de mogelijkheid de resultaten te delen met uw arts. Heeft u deze functie gebruikt? *

- Ja
- Nee

12. Hebt u nog opmerkingen of suggesties voor verbetering van de website?

……
……