Ervaringen bij vrouwen met recidiverende urineweginfecties en de invloed op de kwaliteit van het leven: kwalitatief interview onderzoek

Asmae Azibou, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Dr. An De Sutte, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2020 – 2023]

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: Huisartsen krijgen regelmatig vrouwen met urineweginfecties (UWI) op de vloer. Het is ook direct duidelijk dat deze infecties als zeer lastig worden ervaren wanneer de hulpvraag meestal is hoe ze zich van de klachten kunnen verlossen. We stellen ons de vraag hoe vrouwen deze UWI's beleven als deze ook nog herhaaldelijk terugkomen. Er is namelijk nog weinig geweten over de ervaringen en de impact op levensactiviteiten bij vrouwen met recidiverende urineweginfecties (rUWI).

Onderzoeksvraag: Twee onderzoeksvragen worden in deze masterproef onderzocht:

- Wat zijn de ervaringen, kennis en bedenkingen van Belgische vrouwen met gekende recidiverende urineweginfecties (rUWI)?
- Hebben de rUWI invloed op de verschillende aspecten van de levenskwaliteit?

Methode: Er wordt gekozen voor een exploratief kwalitatief onderzoek met semi-gestructureerde interviews. Vrouwen ouder dan 18 jaar werden gerekruteerd die voldeden aan de definitie van rUWI, namelijk minstens twee episodes in 6 maanden tijd of minstens 3 episodes in 12 maanden tijd. In het eerste deel van de interview werden vragen gesteld over de ervaring, fysieke symptomen, diagnose en behandeling. In het tweede deel van de interview werd er bevraagd naar de impact van rUWI op de dagelijkse activiteiten en de daaruit voortvloeiende mentale en emotionele implicaties Interviews werden individueel uitgevoerd en opgenomen via recorder en vervolgens getranscribeerd. De codering van de interviews gebeurde parallel met een tweede onderzoeker.

Resultaten: In het totaal werden 14 interviews afgenomen bij vrouwen boven 18 jaar met gekende Ruwi. Zes vrouwen hadden de leeftijd tussen 21-50 jaar en acht vrouwen waren ouder dan 50 jaar. De deelnemers herkenden goed hun klachten en waren goed op de hoogte van de preventieve maatregelen. Specifieke predisponerende factoren voor een UWI werden door deelnemers herkend en er werd hiermee ook rekening gehouden, zoals alcohol, maandverband of fietsen. Als behandeling was enkel antibiotica efficiënt. Niet iedereen was op de hoogte van de profylactische therapie. Er was vooral verzet van de jonge deelnemers wegens vrees voor antibiotica resistentie. Veel deelnemers gingen op eigen initiatief advies inwinnen bij een specialist als de infectie te regelmatig opkwam. Antwoorden tonen een negatieve emotionele impact van rUWI. Angstige gedachtes van blaaskanker doken op bij enkele deelnemers. Geplande activiteiten werden uitgesteld door de pijn en het urgent plassen. Ook de nachtrust werd verstoord door de frequente toiletbezoeken met weerslag op het functioneren de dag erop. Uit de antwoorden bleek dat rUWI ook implicaties had in het seksleven. Deelnemers hadden schrik om snel terug seks te hebben en er heerste een vrees voor verlies van de spontaniteit in de seks.

Conclusie: Onze studie toonde aan hoe de urineweginfecties het sociaal leven, slaap en seksleven ongunstig beïnvloeden met weerslag op het emotioneel welzijn. De patiënten zouden beter geïnformeerd kunnen worden over de oorzaken, verloop en behandelingsmogelijkheden van rUWI, zoals preventieve antibiotica therapie. Het gezamenlijk beslissen van de aanpak zou ervoor kunnen zorgen dat vrouwen zich meer gehoord voelen en meer vertrouwen krijgen in hun huisarts. Hiermee zouden gevoelens van frustratie, angst en schuldgevoel kunnen worden verminderd

Kenwoorden: 'Recidiverende urineweginfecties', 'vrouwen', 'ervaringen', impact op levenskwaliteit'

Inhoudstafel

1 Doelstelling onderzoeksvraag 6
2 Inleiding 6
2.1 Etiologie 6
2.2 Risicofactoren van urineweginfectie 7
2.3 Symptomen van infectieuze cystitis 7
2.4 Preventieve behandelingen 7
3 Oriënterend literatuur onderzoek 8
4 Onderzoeksresultaten 8
4.1 Levenskwaliteit en dagelijkse activiteiten 9
4.2 Mentale gezondheid 9
4.3 Seksuele gezondheid en slaap 9
5 Onderzoeksmethodiek 11
5.1 Onderzoeksopzet 12
5.2 Ontwikkeling interviewguide 12
5.3 Rekrutering van deelnemers 12
5.4 Afname interviews 12
5.5 Data analyse 12
6 Resultaten 13
6.1 Persoonlijke ervaringen van de recidiverende urineweginfecties 14
6.2 Wijze van aanpak van de rUWI's 14
6.3 Antibiotica gebruik bij rUWI 19
6.4 Impact van rUWI op verschillende aspecten van het leven 21
7 Discussie 26
8 Conclusie 28
9Referenties 29
10Bijlage 31

1 Doelstelling onderzoeksvraag

Urineweginfectie is de meest voorkomende bacteriële infectie bij vrouwen waarmee de huisarts in contact komt. De prevalentie in België van acute ongecompliceerde urineweginfectie ligt naar schatting rond de 30-50/1000 bij vrouwen (2).

Zelf kreeg ik in mijn eerst jaar als HAIO frequent jonge vrouwelijke patiënten op consultatie die vermoedden dat ze een urineweginfectie hadden. Meestal herkende ze hun klachten door hun voorgaande opgelopen urineweginfectie.

Op een dag kwam een jonge vrouw hopeloos met de vraag hoe ze deze infecties kon verhinderen omdat ze het verschrikkelijk vervelend vond. Ik kreeg aldus een interesse om me in mijn masterproef te verdiepen in de beleving van de urineweginfecties bij vrouwen. Tot heden lag de focus bij veel studies in het onderzoek naar de risicofactoren , de symptomatische behandeling en naar de profylactische behandeling van urineweginfectie. Echter merkte ik na wat literatuuronderzoek dat er nog weinig onderzoek werd uitgevoerd naar de ervaringen van vrouwen met recidiverende urineweginfectie. Aldus tracht ik met mijn masterthesis me hierin verder te verdiepen aan de hand van een interview met begeleiding van mijn promoter Dr. An De Sutter. Ik ga op zoek naar antwoorden over de ervaringen en kennis van recidiverende urineweginfectie bij Belgische vrouwen en hoe hun dagdagelijks functioneren hierdoor wordt beïnvloedt. Hiermee hoop ik iets te leren over de verwachtingen van deze patiënten en hoe wij als huisartsen hierop beter kunnen inwerken naar de toekomst toe.

In deze thesis zal ik eerst kort achtergrond informatie meedelen over urineweginfecties alsook de risicofactoren en preventieve behandelingen in het voorkomen van recidiverende urineweginfecties. Vervolgens zal een korte overzicht meegedeeld worden van de reeds bestudeerde studies omtrent mijn onderwerp. Daaropvolgend zal ik semi-gestructureerde interviews afnemen die ten slotte zullen worden geanalyseerd en besproken.

2 Inleiding

2.1 Etiologie

Ongecompliceerde urineweginfectie is een bacteriële infectie dat bij gezonde vrouwen kan optreden zonder enige onderliggende functionele of anatomische afwijking. Gemiddeld zal ongeveer één op de twee vrouwen minstens één episode van een urineweginfectie doormaken in het leven. De meest voorkomende kiem bij urineweginfectie is de Escherichia Coli (in 80%) gevolgd door de Staphylococcus Saprophyticus (10-15%). Immers kan de soort uropathogeen ook sterk afhangen van bepaalde factoren. Zo hebben patiënten met diabetes met een urineweginfectie een grote risico op Klebsiella als oorzakelijke kiem, terwijl patiënten met een blaaskatheterisatie vooral worden gediagnosticeerd met een Pseudomona infectie. Daarnaast werd ook aangetoond dat bij recidiverende urineweginfecties een hoge prevalentie was van gramnegatieve bacteriën, zoals Proteus Mirabilis en Klebsiella (3).

Recidiverende urineweginfecties wordt gedefinieerd als minstens twee episodes in 6 maanden tijd of minstens 3 episodes in 12 maanden tijd. Ongeveer 20 à 30 % van de vrouwen met een eerste episode van een urineweginfectie zal binnen de 3 à 6 maanden een nieuwe urineweginfectie oplopen. Bij ongeveer 60% van de gevallen zal de recidiverende urineweginfectie (rUWI) veroorzaakt worden door dezelfde bacteriestam als bij de eerste infectie. Bij een E. coli infectie bedraagt een 6-maandelijkse risico op een tweede urineweginfectie ongeveer 23% versus 7 % voor een niet-E. coli infectie. Bovendien werd er aangetoond dat E.coli voor langere duur gekoloniseerd bleef in de vaginale flora bij vrouwen met rUWI (4).

2.2 Risicofactoren van urineweginfectie

Eerdere studies bestudeerde reeds de risico's van recidiverende urineweginfecties. Het vrouwelijk geslacht op zich is een risicofactor. Een UWI treedt frequenter op bij vrouwen dan bij mannen. Dit kan verklaard worden door de anatomie van de vrouwelijke urinewegstelsel waarbij de urethra bij vrouwen korter is dan bij mannen en bovendien in de nabijheid ligt van de anus waarbij de mogelijkheid bestaat op besmetting van darmbacteriën. Seksuele gemeenschap vergroot eveneens de risico op UWI. Dit kon aangetoond worden nadat bleek dat de meerderheid van de vrouwen met UWI daadwerkelijk seksueel actief waren. Er kin namelijk vastgesteld worden dat een seksuele gemeenschap in de afgelopen maand de risico negenmaal vergrootte voor het oplopen van een UWI. Bovendien is er ook een verband gevonden tussen de frequentie van seksuele gemeenschap en de risico op UWI. Het verschil in risico op een UWI bij al dan niet pre-en postcoïtale blaaslediging werd eveneens bevestigd (5).

Er is nog onvoldoende bewijs of het wijze van vegen en anale seks de risico vergroot op rUWI (6). Er werd in een studie een toenemende risico vastgesteld bij vrouwen die gebruik maakte van vaginale contraceptie zoals de vaginale ring. Ook bleek de risico van een UWI tijdens een zwangerschap hoger te zijn. In 4-7% van de zwangerschappen treedt een asymptomatische bacteriurie en in zeldzame gevallen ontwikkeld zich een pyelonefritis. De oorzaak van dit laatste ligt vermoedelijk aan de toegenomen compressie van de uterus op ureters met stase van de urine in de blaas als gevolg (4).

Menopauzale vrouwen hebben een lagere oestrogeen spiegel in het bloed dat resulteert in vaginale atrofie en minder Lactobacillen met verhoging van de vaginale pH als gevolg. In een placebo-gecontroleerde dubbel-blind studie van Raz et al werden deze veranderingen geassocieerd met een verhoogd risico op recidiverende UWI infecties, voornamelijk door de Enterobacteriaceae (7).

2.3 Symptomen van ongecompliceerde urineweginfectie

De meest voorkomende symptomen ven een infectieuze urineweginfectie bij vrouwen zijn pijnlijke en branderige mictie, frequent plassen in kleine hoeveelheden, mictiedrang, onder buikpijn met al dan niet bloed in de urine (8).

Slechts één studie bestudeerde het effect van recidiverende urineweginfectie op secundaire geprovokeerde vulvaire pijn bij seksueel actieve vrouwen. De resultaten toonde aan dat vulvaire pijn geassocieerd is met ongecompliceerde recidiverende urineweginfectie veroorzaakt door de E. Coli pathogeen. Doch kon niet worden uitgegaan of de UWI wel degelijk de oorzaak was van de vulvaire pijn bij deze vrouwen wegens gebrek aan longitudinale data (9).

2.4 Preventieve behandelingen

Zoals hierboven vermeld, gelden er voor bepaalde risicofactoren mogelijke preventieve maatregelen om recidief te voorkomen. Enkelen hiervan zijn voldoende water drinken en post-coïtale mictie. Volgens de laatste richtlijn van Domus Medica wordt er ook aanbevolen om de mictie niet in te houden en om spermadodende glijmiddel in pessaria en condooms te vermijden (10).

Veenbessen als profylactische behandeling werd de afgelopen jaren ruim bestudeerd, doch is er tot heden nog onvoldoende bewijskracht van de effectiviteit op preventief vlak.

Als mogelijke antimicrobiële profylactische behandeling voor recidiverende ongecompliceerde cystitis bestaat het langdurig innemen van een lage dosis antibiotica. Volgens de Belgische richtlijnen van Domus Medica is het aangewezen om als orale profylactische antibioticabehandeling Nitrofurantoïne 50-100 mg eendaags in te nemen voor het slapen gaan. Een ander alternatief is de combinatie

sulfamethoxazol-trimethoprim die ook gunstige resultaten heeft getoond. Helaas werd eveneens vastgesteld dat veel bacteriën een resistentie hebben ontwikkelt op de meeste voorgeschreven antibiotica. Naar aanleiding hiervan kwam meer de focus in onderzoek naar alternatieven. Probiotica Lactobacilli supplementen werden recent bestudeerd als mogelijke profylactische behandeling. In een meta-analyse van Victor A et al. werd geconcludeerd dat er tot heden onvoldoende bewijskracht is betreffende de doeltreffendheid van probiotica in het verminderen van de aantal urineweginfecties (11).

Ten slotte is recent de aandacht gegroeid in het bestuderen van de OM-89- vaccin. Dit zijn Escherichia Coli extract polysachariden die als mogelijke profylactische behandeling van recidiverende urineweginfectie kunnen dienen. Tot heden zijn er al een gunstige resultaten aangetoond geweest van dit vaccin. Doch is er nog verder onderzoek nodig met langere follow-up gezien de afgelopen studies van lage kwaliteit waren en beperkt waren tot 6 maanden (12).

3 Oriënterend literatuur onderzoek

Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd vanaf januari 2022. Het doel was om na te gaan wat er reeds gekend is in de literatuur over de ervaringen bij vrouwen met rUWI en de impact van rUWI op de levenskwaliteit. Voor de zoekstrategie op Pubmed werd er gebruik gemaakt van de volgende MESH termen: 'Women' AND 'recurrence' AND 'urinary tract infection' AND 'quality of life' OR 'psychosocial impact' OR 'Anxiety' Or 'Depression' OR 'expectation', OR experience. Verschillende combinaties van deze zoektermen werden ingevoerd in PubMed. We bekwamen 377 resultaten. De exclusiecriteria waren studies bij kinderen onder de 18 jaar of vrouwen met een blaassonde. Deze geselecteerde artikels en reviews werden beoordeeld op basis van de titel en het abstract. Na selectie bleven slechts 14 relevante artikels over die betrekking hadden met mijn onderzoeksthema.

Via GoogleScolar werd nog één nieuw artikel geïncludeerd.

Via CEBAM werd gezocht naar eventuele bestaande richtlijnen over dit thema, echter bracht dit geen resultaten op. Ook via de zoekstrategie op EBSCOHost en Web of science leverde niets nieuws op.

Alle geselecteerde artikels werd diagonaal gelezen en de relevante referenties werden eveneens geïncludeerd in mijn zoekopbrengst. Deze strategie leverde nog één relevant artikel op.

In het totaal werden 18 artikels geselecteerd die dezelfde onderzoeksthema bestudeerden. Echter werden 11 studies geëlimineerd gezien hierin slechts acute cystitis werd besproken in plaats van recidiverende urineweginfecties.

Ten slotte werden 7 revelante artikels behouden voor de literatuurstudie waarvan één een systematische review was.

4 Onderzoeksresultaten

In de voorbije jaren werden reeds verschillende studies uitgevoerd die de impact op levenskwaliteit hebben bestudeerd van verscheidende urologische pathologieën, zoals overactieve blaas, urine-incontinentie en interstitiële cystitis. Doch zijn er op heden nog weinig studies die de impact van recidiverende urineweginfecties hebben onderzocht op de dagelijkse activiteiten.

Zoals reeds is geweten, wordt recidiverende UWI beschouwd als een aandoening met een lage morbiditeit. Kwalitatieve studies zijn nuttig om zowel licht te werpen op mogelijk miskende morbiditeit als op de belasting die zogenaamde lichte symptomen kunnen toebrengen aan de patiënt. Dit kan tot stand komen met behulp van een vragenlijst of interviews.

Alhoewel de huidige literatuur beperkt is, heeft het toch kunnen aantonen dat het effect van rUWI op levenskwaliteit echter aanzienlijk en veelzijdig zijn.

Namelijk stellen we in de zeven gevonden artikels vast dat recidiverende urineweginfectie bij vrouwen verschillende aspecten van de levenskwaliteit negatief kan beïnvloeden. De meeste trokken deze conclusies aan de hand van resultaten uit gevalideerde vragenlijsten die door de patiënt ervaren gezondheid en gezondheid gerelateerde kwaliteit van het leven kon meten. De meest toegepaste vragenlijst was de SF 36-questionaire die door twee studies gemakkelijk gehanteerd kon worden. Dit meetresultaat bestaat uit een scoresysteem en is bovendien niet leeftijds- noch ziekte specifiek en bestaat uit 36 gesloten vragen die ingaan op lichamelijk, geestelijke en sociale gezondheid. Eén studie bestudeerd de impact van rUWI op de mentale gezondheid door middel van de Hospital Anxiety and Depression (HAD) scoresysteem. Dit is een vragenlijst die opgesteld is uit 14 vragen met betrekking tot angst en depressie en waarbij een score tussen 0 en 3 kan gegeven worden. Eén studie was een review artikel die vier van de gerekruteerde artikels kort heeft samengevat (13).

4.1 Levenskwaliteit en dagelijkse activiteiten

De GESPRIT studie van Wagenlehner F et al. 2017 was de eerste Europese kwantitatieve studie (Duitsland, Zwitserland, Polen, Rusland, Italië) die de associatie tussen rUWI en sociale en economische impact alsook de levenskwaliteit heeft bestudeerd. Er werd hier op grootschalig niveau een online vragenlijst ingevuld. De resultaten van het onderzoek duidde een economische weerslag van de rUWI die te wijten was aan de toenemende ziekteverzuim door de symptomen, de toenemende doktersbezoeken en de aankoop van de antibiotica (14).

Hierop volgde de Singapoorse kwanitatieve studie van Ennis SS, et al. Hierbij werden bij 85 premenopauzale vrouwen met rUWI op basis van een vragenlijst en een korte interview de levenskwaliteit gemeten. Uit de resultaten van de fysieke gezondheidsschaal, gemeten door de SF36, kon worden vastgesteld dat deze vrouwen hun dagelijkse activiteiten konden blijven uitvoeren, zoals hardlopen en traplopen, maar de mate , het type of de kwaliteit van deze activiteiten beperkt werd door de pijn (15).

4.2 Mentale gezondheid

Een prospectief kwalitatief onderzoek van Renard J, et bestudeerde de impact van profylaxe behandeling van UWI op mentale gezondheid gedurende een periode van 6 maanden. In het begin vertoonde 30% van deelnemers een hoge angst-depressie score op basis van de HAD-score. Na het opstarten van profylaxe daalde gemiddeld de aantal urineweginfecties alsook de gemiddelde HAD-score. Deze bevinding suggereerde dat rUWI geassocieerd zou zijn met een hoger niveau van angst en depressie die mogelijks zou kunnen verminderd worden met een effectieve behandeling en verlichting van symptomen (16).

Bovendien kon in de GESPRIT studie worden aangetoond dat zowel de mentale score als de fysieke score laag was bij de deelnemers die op het moment van het invullen van de vragenlijst een acute cystitis hadden (14).

4.3 Seksuele gezondheid en slaap

Een interessante observationele studie van Flower A . et al maakte gebruik van een internet forum over recidiverende urineweginfecties waarbij vrouwen anoniem hun verhaal konden doen over hun persoonlijke ervaring van hun urineweginfecties. De antwoorden leidde tot de vaststelling dat rUWI een impact heeft op de levenskwaliteit van deze vrouwen. Het toonde aan dat zelfs milde symptomen

van mictiedrang en pollakisurie een weerslag had op de nachtelijke slaap en kon leiden tot chronische vermoeidheid. Bovendien melde enkele vrouwen dat de angst om seks te hebben is ontstaan nadat de infectie steeds opkwam na de seksuele gemeenschap, met aldus een impact op de seksuele relatie. Enkele ervaarde een langdurige post-coïtale pijn tijdens hun urineweginfectie (17).

De onderstaande tabel geeft een korte weergave van de hierboven besproken studies.

Titel	Doel	Populatie	Methode	Conclusie
Premenopausal women with recurrent urinary tract infections have lower quality of life. Ennis SS. 2018. (15)	De impact op de levenskwaliteit van recidiverende acute ongecompliceerde urineweginfectie bij premenopauzale vrouwen, en het bepalen van de risicofactoren voor een lagere kwaliteit van leven.	85 vrouwen met rUWI uit Singapore	SF-36 vragenlijst	RUWI heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van premenopauzale, verder gezonde vrouwen. Patiënten met rUWI die ook chronische constipatie hebben of cafeïne consumeren, hebben een lagere kwaliteit van leven.
Recurrent Lower Urinary Tract Infections Have a Detrimental Effect on Patient Quality of Life: a Prospective, Observational Study Renard J, 2014 (16)	De effecten van rUWI en de impact van profylaxe op de kwaliteit van leven van patiënten (QoL).	575 patiënten (78% vrouw, 12% man) met rUWI uit 151 centra over Egypte, Zwitserland, Duitsland, Libanon, Portugal, Polen, Peru.	Observationele studie met follow-up van 6 maanden. Op dag 0 start inname van OM-89, op dag 120 gestopt; Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale Leicester scale	RUWI heeft een negatieve invloed op de levenskwaliteit van patiënten. Effectieve alternatieve profylaxe verbeteren aanzienlijk de levenskwaliteit
Social and Economic burden of recurrent urinary tract infections and quality of life: a patient web-based study (GESPRIT). Wagenlehner F. 2017 (14)	Het exploreren naar de ziektelast van rUWI bij vrouwen met recidiverende urineweginfecties in Europa.	1941 vrouwen met rUWI uit Duitsland, Zwitserland, Italië, Polen, Rusland	Anonieme online SF-12v2 vragenlijst.	RUWI heeft een economische impact en heeft ook een negatieve impact op de mentale en fysieke gezondheid.
Fear and Frustration among Women with Recurrent Urinary Tract Infections: Findings from Patient Focus Groups.	Kwaliteit van de zorg bij patiënten met rUWI te verbeteren door te luisteren naar hun perspectieven. Nadruk op de huidige preventie en behandeling van	29 vrouwen met rUWI uit urologie praktijken in California	6 verschillende focusgroepen. Vragen over kennis, preventie, behandeling en impact op	De discussies suggereren dat veel vrouwen vrezen voor de nadelige effecten van antibiotica en gefrustreerd zijn voor het niet aanpakken van hun angsten en

Scott V SC. 2021 (18)	symptomatische episodes voor vrouwen met rUWI		levenskwaliteit werden besproken	het optimaliseren van antibioticabeheer.
How women manage recurrent urinary tract infections: an analysis of postings on a popular web forum. Flower A. 2014 (17)	Exploreren van ervaringen en perspectieven van vrouwen met rUWI	Vrouwen met rUWI verspreid over de wereld	Analyse data vanuit een publieke internetforum met verscheidene topics over cystitis. ‘	RUWI kan een ongunstig effect hebben op de gezondheid van vrouwen, hun intieme en sociale relaties, zelfrespect en arbeidsvermogen.
Assessment and treatment of recurrent urinary tract infections in women: development of a questionnaire based on a qualitative study of patient expectations in secondary care. Pat J. 2020 (19)	Idee verkrijgen betreffende de verwachtingen van patiënten over de behandeling van recidiverende UWI in de secundaire zorg om hieruit een vragenlijst samen te stellen	6 vrouwen met rUWI geselecteerd uit een urologische dienst in Canada	Semi-gestructureerde Interview over drie hoofdtopics: persoonlijke ervaring met de ziekte , kennis en de sociale implicaties.	Alle respondenten in de studie beschreven dat hun sociale leven sterk was beïnvloedt door hun urineweginfecties.

RUWI: recidiverende urineweginfectie; QOL: quality of life; SF-26: short form health Survey 26; OM-89: Escherichia Coli extract

Ten slotte kan uit de voorgaande studies worden vastgesteld dat recidiverende urineweginfectie bij vrouwen daadwerkelijk een invloed heeft op de levenskwaliteit met een weerslag op het sociale en emotionele welzijn alsook de fysieke en mentale gezondheid.

5 Onderzoeksmethodiek

5.1 Onderzoeksopzet

Er werd in deze studie gekozen voor een kwalitatief onderzoek onder vorm van een semi-gestructureerde interview. Dit met de bedoeling om dieper te exploreren naar nog mogelijks miskende kennis over de ervaringen van rUWI en de effect op de levenskwaliteit. Bovendien waren de voorgaande studies grotendeels kwantitatieve onderzoeken op basis van vragenlijsten, wat niet gemakkelijk toelaat om nieuwe dimensies te ontdekken. Deze studie zal ook de eerste zijn die een inkijk geeft over ervaringen bij Belgische vrouwen met recidiverende UWI.

5.2 Ontwikkeling interviewguide

Voor de uitvoering van de interviews werd eerst kennis vergaard over het opstellen en afnemen van semi-gestructureerde diepte interviews door gebruik te maken van de leerboek ‘interviewing and respresentation in qualitative study’ (20).

Het interview start eerst met algemene vragen zoals leeftijd, relatiestatus, werkstatus, symptomen en verloop en behandeling van de rUWI. Vervolgens worden vier open vragen gesteld die ingaan op de ervaringen van fysieke, sociale, mentale en seksuele gezondheid. Deelvragen werden eveneens

opgesteld om de interview te leiden indien er weinig respons zou zijn. Deze deelvragen zijn gebaseerd op de uitgevoerde gevalideerde vragenlijsten en interviews van de voorbije studies uit mijn literatuuronderzoek. Op basis van de kregen respons wordt er dieper bevraagd.

De inclusiecriteria voor dit onderzoek waren vrouwen boven de 18 jaar die gekend zijn met recidiverende urineweginfecties volgens de definitie, namelijk drie of meer UWI in de afgelopen jaar, of meer dan twee in de afgelopen half jaar. Deze urineweginfecties moesten niet per se vastgesteld zijn geweest door een urine dipstick of microscopisch urineonderzoek, maar kunnen ook louter anamnestisch worden afgeleid.

5.3 Rekrutering van deelnemers

Voor de rekrutering van deelnemers werden folders en posters over mijn studie gedeeld over mijn twee huisartsenpraktijken (Schaerbeek en Vilvoorde) waar ik als HAIO heb gewerkt. Eveneens werd mijn seminariegroep ingelicht over mijn studie. Bovendien werd een algemene mail naar verschillende huisartsen gestuurd in Vlaanderen met als hulpvraag om patiënten met rUWI aan te spreken over mijn studie. Slechts wanneer de patiënt toestemming gaf om deel te namen aan de studie werden de contactgegevens doorgestuurd.

Via het elektronisch medisch dossier 'Careconnect' van mijn laatste stageplaats te Vilvoorde werd een audit opgesteld bestaande uit ICPC-code: 71 (cystitis), vrouwelijk geslacht, leeftijd > 18 jaar en bij wie in de laatste twee jaar Monuril of Furadantine werd voorschreven. Uit deze lijst kwamen 188 resultaten. Hiervan hadden slechts 25 patiënten de diagnose van recidiverende urineweginfectie.

5.4 Afname interviews

De verzameling van de deelnemers vond plaats van 01/01/2022 tot 28/02/2023. In tussentijd werden eveneens interviews uitgevoerd. Er werd gekozen voor een face to face interview ofwel online via Zoom met camera. Telefonische interviews werden geweigerd. De reden hiervoor is dat lichaamstaal en gezichtsuitdrukkingen mee kunnen helpen om de uitleg en interpretatie van de participant beter te begrijpen. Hierdoor kan een diepgaander gesprek uitgevoerd worden met een beter inzicht.

De interviews werden afgenomen via een audiorecorder en werden volledig getranscribeerd. Aan elke deelnemer werd een duidelijke toestemming gevraagd om de opgenomen data te gebruiken voor mijn studieresultaten. Anonimiteit werd gegarandeerd en een Informed consent werd door elk deelnemer ondertekend.

De studie werd gekeurd door het ethisch comité van Gent.

5.5 Data analyse

De thematische analyse werd samen met een andere collega HAIO Rebecca De Roo uitgevoerd. Zowel het nalezen als de codering van de transcript gebeurde gescheiden.

De codes werden vervolgens geanalyseerd met de software genaamd 'Maxqda'. We kozen voor open codering zodat nieuwe codes werden gecreëerd. Tijdens het doorlezen van de transcripten konden nog aanpassingen worden gemaakt van de codes.

Hierna werden de codes verdeeld onder thema's. De thema's werden opgesteld op een manier dat ze antwoord boden op de onderzoeksvraag.

De deelnemers werden anoniem geïdentificeerd en genummerd (vb. deelnemer 1; deelnemer 2;..).

Voor de analyse van de interviews werd er gebaseerd op de methodiek een recente studie van Larissa Grigoryan et al. 2022 die na onze literatuurstudie werd gepubliceerd (21).

De analyse van interviewteksten werden gericht op drie domeinen:

1. De ervaring van fysieke symptomen, diagnose, behandeling
2. Impact van rUWI op levensactiviteiten
3. De daaruit voortvloeiende mentale en emotionele impact van deze ervaringen

6 Resultaten

In het totaal werden 16 vrouwen gerekruteerd en geïnterviewd. Twee deelnemers werden uit de studie gezet gezien één vrouw beginnend dementerend was en de tweede vrouw de Nederlandse taal onvoldoende machtig was.
Uiteindelijk weerhielden we 14 deelnemers waarvan slechts 1 deelnemer geen hogere opleiding had gevolgd. Slechts één deelnemer had een co-morbiditeit van stressincontinentie.

In het onderstaand tabel wordt kort de relevante karakteristieken weergegeven van de deelnemers.

Tabel 2: karakteristieken deelnemers

Karakteristieken, n (%)	**N= 14**
Leeftijd (jaren)	
• 18-29	3 (21,4%)
• 30-49	3 (21,4%)
• 50-70	7 (50.0%)
• >70	1 (7,0%)
Seksueel actief	
• Ja	9 (64,3%)
• Neen	5 (35,7%)
Aantal UWI in afgelopen jaar	
• ≤3	7 (50,0%)
• >3	7 (50,0%)
Tijdstip recente UWI	
• < 1 maand	6 (42,8%)
• > 1 maand- 3 maanden	4 (28,6%)
• > 3 maanden	4 (28,6%)
Symptomen	
• Vaak en/of dringend plassen	14 (100%)
• Branderige urine	14 (100%)
• pijn in onderbuik	7 (50,0%)
• bloed in urine	4 (28,6%)
• andere (koortsig gevoel, tintelingen, opgeblazen buik)	3 (21,4%)

6.1 Persoonlijke ervaringen van de recidiverende urineweginfecties

A. Verloop van de UWI

Iedereen kampten al minstens vijf jaar met herhalende UWI's, buiten één deelnemer die hiermee slecht sinds één jaar last van had. De meerderheid kreeg zijn eerste UWI pas nadat ze seksueel actief waren. Slechts twee deelnemers hadden ook geregeld UWI op kinderleeftijd.

> *Deelnemer 1: Ik heb het al vanaf dat ik dus vier, vijf jaar oud ben en toen was daar altijd ja, branderig gevoel, pijn, veel naar toilet moeten gaan.*

> *Deelnemer 12: al vanaf eigenlijk een hele jonge leeftijd, ik denk zes jaar. Toen was mijn eerste herinnering dat ik echt last heb gehad van een blaasontsteking. Toen kwam ik net terug van kamp. Ja, je kent dat wel, zoals kind ben je veel aan het spelen en je denkt niet na om veel water te drinken en dan had ik heel veel last bij plassen en dan is er uiteindelijk wat bloed bij gekomen, toen was het de eerste keer dat ik naar de dokter ben geweest daarvoor.*
> *Ik heb mijn regels gekregen op mijn veertien jaar en dan is het ook wel frequenter geworden, dat ik het één keer per maand had.*

Bij vier deelnemers ontstond er minstens één gecompliceerde urineweginfectie. Ze vertelden dat de klachten al een tijdje aansleepten en dat hadden afgewacht op een spontaan herstel en niet hadden verwacht dat het zo erg kon aflopen.

> *Deelnemer 2: Maar ik ben gewoon veel te laat naar de dokter gegaan en gelijk de eerste keer werd het heel erg. Ik ben direct op spoed beland omdat de infectie eigenlijk naar de nieren is gestegen. En toen had ik andere klachten, namelijk rugpijn, en ik dacht dat ik gewoon slecht had geslapen maar had eigenlijk te maken met een blaasontsteking.*

B. Triggers van de rUWI

Bij de meesten die seksueel actief waren, ontstond de UWI kort na seksueel contact en was dit voor hen een duidelijke factor. Ook zou volgens één deelnemer de seksuele houding ook een invloed hebben.

> *Deelnemer 4: Mijn man werkt in het buitenland, dus het viel wel op als hij terugkwam dat ik dan urineweginfecties deed.*

> *Deelnemer 10: Maar het kwam altijd weer op wanneer ik van partner gewisseld heb. Ik merkte dan ook bepaalde seksuele technieken, zoals bepaalde houding in de seks dit veroorzaakte. Ik zou zeggen als de penis een plek beneden tegen stootte wat gevoelig is, ik denk dat de blaas bij mij is, dan wist ik al de volgende dag, zo een 20 uur later begint het echt met bloed in urine en verschrikkelijke pijn.*

Daarnaast merkten enkele deelnemers doorheen de jaren bepaalde triggers die voor hen duidelijk een verband hadden bij het ontstaan van een urineweginfectie. De meest vermelde triggers waren seks, te weinig water drinken maar ook alcoholconsumptie zou volgens een aantal vrouwen een urineweginfectie tot stand brengen.

> *Deelnemer 9: Dat is nooit echt bewezen geweest. Maar ik had de indruk als ik alcohol dronk, dat ik veel gemakkelijker terug een infectie had. Een glas wijn of een glas bier dat heb ik voor mijn eigen afgeschaft.*

> *Deelnemer 10: Alcohol bijvoorbeeld is heel erg. Als mijn blaasontsteking bijna weg is en ik drink op een receptie een glaasje wijn dan komt het sowieso terug. Ik denk zeker dat het niet in mijn hoofd is want heb er lang op gelet.*

Er werden andere factoren genoemd die volgens enkele vrouwen duidelijk een effect had met hun UWI's zoals hormonale veranderingen, histamine rijke voeding, maandverband, tampons en fietsen.

> *Deelnemer 10: Ik reageer ook op histamine. Als ik voeding eet die histamine aanwakkeren heeft dat ook invloed, daar ben ik 100% zeker van zonder te testen.*

> *Deelnemer 1: Ik heb gemerkt dat ik het meer krijg van tampons of maandverband dus ja, dan maakt het ook wel lastig. Dan weet ik als ik bijvoorbeeld mijn regels heb, van: ja, oké moet nu ook oppassen, want ik kan dat ook weer sneller krijgen.*

> *Deelnemer 6: Ben beginnen fietsen en toen is dat begonnen. Want ervoor heb ik daar eigenlijk, ja, ik heb dat wel eens gehad, maar niet om te zeggen zo vaak en met het fietsen is dat frequenter voorgekomen.*

Bovendien was het opmerkelijk dat zes deelnemers aanhaalde dat ofwel hun moeder, dochter of zus eveneens klachten hadden van herhalende urineweginfectie en dat ze aldus vermoedden dat rUWI familiaal gelinkt was.

> *Deelnemer 12: Dat zegt ze toch: 'dat zijn mijn slechte genen'. De dokter zegt wel dat daar een kans kan zijn dat het over is gekregen.*

Samenvatting: De eerste UWI kwam bij de meesten op na seksueel actief te zijn. Bij de vrouwen met rUWI sinds hun kindertijd werd er geen urogenitale afwijkingen gevonden. Seks en weinig water drinken werd door de meerderheid aangehaald als de uitlokkende factor. Andere predisponerende factoren die werden genoemd waren zoals bepaalde seksposities, alcoholconsumptie, histaminerijke voeding, tampons, maandverband, vaginale anticonceptiva en fietsen.

6.2 Wijze van aanpak van de rUWI

C. Preventieve maatregelen

Iedereen bleek goed op de hoogte te zijn van de meeste preventieve maatregelen van een UWI, zoals voldoende water drinken, urine niet op houden, plassen na de seks. De informatie hadden ze gekregen van de huisarts of van kennissen.

> *Deelnemer 12: Ik ben al gekend als de persoon die constant rond zit te lopen met een drinkfles en die vier keer op een dag bij te vullen, theetjes tussendoor te drinken. Ik tel dat dan ook van oké,' ik heb vandaag mijn fles vier keer leeggedronken dat betekent dat ik over twee liter water zit al op een dag.*

Doch hadden enkele deelnemers hierover hun bedenkingen. Enkelen onder hen begrepen niet waarom ze nog infecties maakten terwijl ze toch alle preventieve maatregelen correct volgden. Één vrouw begreep de nut niet om te plassen vóór de seks.

> *Deelnemer 5: Ja nu zit ik thuis, ik ga naar toilet wanner ik wil, maar nu heb ik het laatste jaar meer infecties, dus dat is wel raar?*

> *Deelnemer 7: Als ik betrekking had met mijn man, dan had ik wel sneller UWI. Ik weet niet hoe dat komt. Nu heb ik geen betrekking meer en heb ik dat ook nog vaak, dus dat is ook niet logisch?*

Deelnemer 3: Mijn huisarts zei dat je moet plassen voor en na de seks en dat van erna wist ik wel maar dat van ervoor plassen Ja dat snap ik eigenlijk ook niet zo. En achteraf dacht ik van wat is de logica daarvan? Want erna dan plas je alle mogelijke bacteriën uit. Maar ervoor is mij nog onduidelijk.

Drie deelnemers droegen tijdens een UWI een maandverband of een inlegkruisje om plotse urineverlies op te houden.

Deelnemer 9: ..., dus ik droeg dan zo een verband en dan als de speeltijd was dan kon ik mij verversen. Maar dat waren altijd maar een paar druppels dat er uitkwamen. Dus ik kon mij daar wel zo mee redden met een verband aan te doen.

Deelnemer 11: Ik heb altijd wel rekening moeten houden om een pamper te moeten dragen.

Deelnemer 12: Als ik last heb van een blaasontsteking, dan draag ik een maandverband of inlegkruisjes voor urineverlies. Je moet je dan vaak haasten en dan lukt dat ook niet.

D. Voorzorgen nemen

Twee deelnemers namen bepaalde hygiënische voorzorgsmaatregelen om te voorkomen dat ze terug een nieuwe infectie zouden oplopen.

Interview 2: En ik ben het type die bijvoorbeeld niet op het openbare WC gaat, maar toen heb ik dat moeten doen. Ja ik voelde mij zo vuil. … Je hebt zo van die speciale zepen voor de geslachtsdelen.

Interview 3: Als ik naar het toilet ga, dan doe ik altijd de moeite om dat toilet zoveel mogelijk te ontsmetten, doekjes te leggen en niet op die bril te gaan zitten.

Bovendien viel het op dat sommige deelnemers op de hoede waren voor een herval door steeds een reserve antibiotica in huis, op kot of op hun ID te hebben. Alle vrouwen namen op vakantie altijd een doosje Monuril of Furadantine mee. Ze vertelden dat dit hen een geruststellend gevoel gaf.

Deelnemer 12: Het geeft een geruststelling. Als ik er last van heb, dan moet ik niet terug naar de dokter gaan of terugbellen . Ik zorg ook dat ik er altijd één op kot heb liggen.

Deelnemer 13: Ik heb in mijn zak altijd een Ibuprofen en een Dafalgan, in elke handtas dat ik heb. Ik heb ook altijd een Monuril zakje bij, nu staat het al op mijn ID kaart. Want dat komt bij mij in ene keer op en dan kan ik niet uit de voeten en dan als ik moet rijden of zo. Voor mij is dat ook geruststellend dat ik weet van als het opkomt heb ik toch iets bij mij om mij te verzorgen en vooral als ik nu op vakantie ga, ben ik ook meer op mijn gemak als ik een zakje mee heb.

Eén deelnemer vertelde dat ze bij een langdurige treinrit verkiest om dicht bij een toilet te zitten in het geval als ze plots een blaasontsteking zou krijgen.

Deelnemer 11: De meeste vrienden weten dat en dan gaan wij ook altijd in de omgeving waar een toilet is. De eerste keer dat ik een lange afstand heb gedaan was met een groep met de trein naar Frankrijk. Maar ik had dat op voorhand verwittigd van 'zorgt dat mijn plaats op een trein, dat ik dicht bij de toiletten zit'. En dat was gelukt.

E. Niet-medicamenteuze aanpak

Er werd aan alle deelnemers gevraagd hoe ze hun cystitis bij beginnende klachten aanpakten. De antwoorden waren uiteenlopend. Een aantal vrouwen begonnen bij de minste klachten direct veel water te drinken in de hoop hiermee de infectie te onderdrukken. Anderen namen eerst iets in op

basis van veenbessen. De meerderheid betuigde dat als de klachten al vergevorderd waren dat niets meer hielp buiten antibioticum.

> *Deelnemer 10: Als ik denk dat het misschien komt, dan heb ik een grote bak water naast mijn bed en ik drink alle uren. Ik probeer dat het uitgaat omdat ik het dikwijls zo wegkrijg maar dat is dan niet plezant.*

> *Deelnemer 2: En ik heb ook zo van die pilletjes gehaald zonder voorschrift op de basis kruiden, ja, da's zo vaak reclame op tv, heb die gewoon gehaald. Die neem ik soms ook in. Maar ik heb het gevoel dat dat juist gewoon alles onderdrukt. Dus het probleem verdwijnt niet, want enkele dagen later voel je terug hetzelfde.*

> Deelnemer 3: *Een soort poederachtige concentraat van veenbessen sap.... Dat is ook iets dat ik heel snel veel van innam. Maar toen ik dat kocht, want dat is tamelijk duur... En ik denk dat het zo twee keer als ik het 't voorhad echt z'n werk deed. Maar nu echt al drie of vier zakje en zonder enige verschil.*

> *Deelnemer 12: Als ik tijdens de dag merk dat ik nu echt wel heel weinig heb gedronken.. Als ik dan zou overschakelen naar cranberry te drinken, dan is er een kleine kans dat echt nog kan helpen. Maar op dat moment dat je daar last van hebt heeft dat nul effect eigenlijk.*

F. Reden voor specialistisch advies

Zes deelnemers zijn op eigen initiatief specialistisch advies gaan inwinnen bij de uroloog of bij de gynaecoloog. Enkele vrouwen vermelden hiervoor de volgende reden: om na te vragen wat de oorzaak kon zijn van de frequente infecties, om na te gaan of er geen probleem was met hun lichaam, om na te vragen of er geen andere oplossing of behandeling mogelijk was voor de rUWI.

> *Deelnemer 4: Ik ben wel bij de uroloog geweest voor een onderzoek omdat ik er constant last bleef van hebben. Maar die heeft mij gezegd dat het voorkomt en er eigenlijk niet veel aan kunt doen.*

> *Deelnemer 6: De eerste keer dat het zo lang geduurd (het bloed plassen) heeft, ben ik ook naar de gynaecoloog gegaan, omdat ik precies ongesteld was, maar dat kan niet natuurlijk.*
> *Deelnemer 9: Ja, omdat er in feite geen beterschap in kwam. De huisdokter die geeft u dan medicatie, maar als dat niet helpt, ja dan zocht ik naar iets anders. Ik dacht ik zal dan eens naar uroloog gaan.*

> *Deelnemer 10: Toen dat zo frequent was, heb ik alles goed laten onderzoeken door een uroloog... ik wilde zeker weten dat er niet een andere oorzaak was. Voor mij was die context eigenlijk heel duidelijk, namelijk de seks...Hij heeft me daarin gelijk gegeven. Dat ik eigenlijk alles goed doe.*

Twee deelnemers kregen op advies van de uroloog enkele sessies blaasspoelingen om hiermee de blaas minder vatbaar te maken voor ontstekingen. Bij één vrouw bood dit beterschap, de andere vrouw ondervond geen effect en was hierdoor teleurgesteld. Deze laatste vond dat ze aan het lijntje werd gehouden door de uroloog.
Eén deelnemer kreeg door een Duitse uroloog een vaccin aangeboden tegen E-coli die volgens haar slechts één jaar positieve resultaat heeft gegeven. Ook zij was hierdoor terneergeslagen.

> *Deelnemer 13:* Dus nu, vorige week, was mijn laatste blaasspoeling dus ik heb er vier gedaan met een week tussen en nu moet ik er nog twee doen met een maand d'r tussen en ik moet zeggen dat dat wel goed helpt.

> *Deelnemer 9: Ik hem ook spoelingen gehad omdat ze niet goed wisten wat dat het was en dat was bij de uroloog en dan spoten ze iets in mijn blaas maar dat had ook geen effect. En om de week moest ik dan eens teruggaan en dan kreeg ik zo een soort spoeling. Dat was niet pijnlijk, maar dat heeft ook geen effect gehad.*

Deelnemer 10: Ik heb dat geprobeerd en het heeft als een wondermiddel geholpen. Dus dat is een vaccin, die de afweer tegen de E-coli uitvoert. De artsen daar hebben met gezegd dat bij bijna één:derde helpt het en bij één:derde helpt het helemaal niet en bijna één:derde helpt het voor een jaar. Dus bij mij heeft het voor één jaar geholpen.

G. Aanleiding voor een huisartsbezoek

Er werd aan alle deelnemers de vraag gesteld of ze steeds een dokter zagen bij hun klachten. De meerderheid gaf aan dat ze de klachten zelf goed herkende en dus hiervoor niet altijd naar de huisdokter gingen en dus op eigen initiatief antibioticum innamen die ze in reserve hadden. Twee vrouwen brachten aan liever af te wachten op spontane herstel alvorens naar de huisdokter te gaan. Eén deelnemer betuigde dat ze steeds de huisarts ging bezoeken omdat ze ooit een gecompliceerde UWI had opgelopen en dus vreesde dat ze dit terug zou missen. Twee vrouwen verkozen liever bij de huisdokter te gaan voor een urineonderzoek gezien de blaasontsteking niet altijd het gevolg was van een bacterie. Eén vrouw voerde zelf urineanalyses uit met zelf aangekochte urine strips en besliste op basis van het resultaat om al dan niet naar de huisdokter te gaan.

Deelnemer 3: Ja nee, want ik ga eigenlijk nooit naar de dokter voor een blaasontsteking. Het is eigenlijk enkel omdat mijn vriend erop aandrong. Die zei zo van 'oei, nog altijd last van, zou je toch niet beter naar de dokter gaan?

Deelnemer 2: Ik schat dat een beetje in. Ik kijk naar de pijn. Ik kijk hoe lang dat ontsteking blijft. Als ik zie dat het al langer dan drie dagen is, dan ga ik wel beginnen nadenken van dat ik misschien toch een dokter moet bezoeken.

Deelnemer 5 : Ik heb het één keer gedaan en heeft het eigenlijk te lang geduurd en dan was er bloed in de urine en was het dus verergerd. En toen waren mijn nieren ook ontstoken en sindsdien heb ik tegen mezelf gezegd: als ik het voel dan ga ik onmiddellijk bij de dokter.

Deelnemer 8: De vorige keer ben ik naar de dokter geweest en dat was de eerste keer dat ik effectief Furadantine had ingenomen zonder advies, maar dan bleek het geen infectie te zijn. Dus ja, zo zie je maar dat het toch weer verkeerd kan zijn.

Deelnemer 10: Ik meet dan mijn urine met zo'n stokje, en als ik zie dat er E-coli is en nog geen bloed, dan drink ik eerst veel water. En als het niet betert na één dag dan ga ik naar de huisdokter voor antibiotica.

Samenvatting: Er was voldoende kennis over de preventieve maatregelen. Frustratie en vragen traden op indien het toch leidde tot een nieuwe infectie ondanks het volgen van de maatregelen. Voorbeelden van voorzorgen die werden genomen waren reserve antibiotica in huis, op zak en op reis alsook het vermijden van openbare toiletten voor de hygiëne.
De aanleiding om bij de huisarts te gaan bij een vermoeden van rUWI was hoofdzakelijk om een antibioticum voorschrift te krijgen of een urinecultuur te doen.
Specialistisch advies werd ingewonnen om antwoorden te krijgen over de oorzaak en de behandelingsopties van rUWI. Ook een urologisch onderzoek werd aangevraagd voor volledig nazicht ter geruststelling.
Blaasspoelingen en een E-coli vaccin kwamen ter sprake als mogelijke behandelingsopties.

6.3 Antibiotica gebruik bij rUWI

H. Bedenkingen over het antibiotica gebruik

De meeste deelnemers slikten altijd antibioticum in bij de eerste symptomen. Enkelen waren van overtuiging dat een blaasontsteking enkel kon genezen met antibioticum. Deze informatie hadden ze verkregen van een kennis die zelf kampten met herhaaldelijke UWI. De rest ondervond nauwelijks beterschap van de klachten zonder antibioticum. Enkele deelnemers getuigden dat ze het vervelend vonden om steeds bij de huisarts te moeten gaan voor een voorschrift antibioticum terwijl ze zelf goed wisten wat ze hadden en moesten innemen.

> *Deelnemer 8: Mijn mama die dat ook vaak had, zei altijd dat je daarvoor altijd medicatie voor nodig had, dus ik ga daarvoor altijd naar de dokter.*

> *Deelnemer 1: Als ik ze niet behandel, ja, dan blijven ze echt wel gewoon dagen duren tot dat ik mijn antibiotica neem*

> *Deelnemer 12: En nou ja, de volgende dag had ik terug last en dan, en bij ons is het direct overschakelen naar antibiotica. Van die kleine trucjes, eigenlijk werkt dat nier, je moet direct overgaan naar antibiotica.*

Eén vrouw daarentegen had regelmatig klachten van een cystitis maar wachtte de genezing spontaan af en had nooit eerder gehoord van een antibioticum behandeling voor een blaasontsteking.

> *Deelnemer 3: Het is nu eigenlijk de eerste keer en ik had nog nooit gehoord van dat drankje dat ik dat moest innemen (Monuril).*

Vier deelnemers wachtten eerst de spontane genezing af alvorens ze een antibioticum innamen. De afweer lag bij één vrouw door de bijwerkingen van het antibioticum, namelijk schimmelinfectie.

> *Deelnemer 4: Maar vroeger kreeg ik een ander antibiotica en garandeert als ik dat innam, dan kreeg ik daarna schimmelinfectie.... Daarom probeer ik het zoveel mogelijk te beperken.*

I. Effect van het antibioticum

In het algemeen waren de meeste deelnemers tevreden van het effect van Monuril of Furadantine. Iedereen had na één dag en maximum na dag drie van inname geen klachten meer. Toch hadden enkele deelnemers enkele tegenslagen ontdekt wat voor frustratie zorgden. Drie vrouwen kregen namelijk kort na de eerste kuur antibioticum terug klachten van een UWI. Eén daarvan kreeg steeds Monuril maar ondervond dat de infectie langer uitbleef met Furadantine maar durfde dit niet te vragen aan de arts omdat hij beter zou weten.

> *Deelnemer 6: Maar de klachten zijn dan wel verdwenen, de kuur is ook gedaan, maar veertien dagen later kan het terug beginnen.*

> *Deelnemer 9: En dan is dat altijd problematisch want ik weet bij sommige mensen die dat hebben die pakken zo een keer Monuril en dat is gedaan. Maar bij mij was dat terug hervallen opnieuw.*

Hiervan ervaarde één deelnemer een tijdelijke resistentie tegen Monuril en moest ze meestal een combinatie van antibiotica innemen.

> *Deelnemer 9: Ik heb een periode gehad dat ik dus alternatief moest innemen want ik was altijd resistent. Want k nam dan Monuril maar bleek dat het niet werkte want ik was resistent. Zie hier, heb dan een mix moeten innemen, een week Furadantine, dan een week Cefuroxime en dan een week Augmentin.*

J. Profylactisch gebruik

De meerderheid had nooit eerder gehoord van een profylactische behandeling met Furadantine. Bij doorvragen wensten drie oudere deelnemers dit te overwegen indien het zou zorgen dat ze minder infecties zouden krijgen en enkel op akkoord van hun huisarts. Eén vrouw zou dit graag hebben gestart maar bleek intolerant te zijn voor Furadantine wat ze zelf als zeer lastig ervaarde.

> *Deelnemer 13: De eerste uroloog dat ik had gezien heeft me daarover gesproken, maar ik reageer op Furadantine …. dus die behandeling zijn heel beperkt wat heel lastig is.*

Drie jonge deelnemers waren twijfelachtig over het profylactisch gebruik gezien ze vreesden dat er op termijn kans zou zijn op resistentie.

> *Deelnemer 3: In mijn opvatting zou ik het niet willen nemen zoals een dafalgan of zoiets. Ik wil daarmee opletten dat mijn lichaam het niet gewoon wordt ofzo. Dat ik bij een infectie opeens zegt dat het niet sterker is dan deze antibioticum.*

Eén deelnemer daarentegen weigerde enige chronische inname van Furadantine wegens de mogelijke nevenwerkingen op haar lichaam.

> Deelnemer 2: *Uh nee ik zou er niet direct mee willen starten omdat k nu eigenlijk aan het denken ben aan mijn maag en darmen of ze het gaan aankunnen. Antibiotica is heel zwaar voor uw lichaam.*

Twee deelnemers namen profylactische Furadantine in na de geslachtsgemeenschap. Beiden benadrukte dat het voordeliger uitkwam om profylactisch één pil te nemen dan een infectie te krijgen en een zwaardere kuur in te nemen. Eén van twee vertelde dat ze toch tijdelijk ongerust was over de bijwerkingen op lange termijn.

> *Deelnemer 1: Ik heb mij wel lange tijd zorgen gemaakt over het feit dat het toch wel interstitiële longlijden kan geven als je het in hoge dosissen neemt.*

Samenvatting: Uit de antwoorden blijkt dat de meerderheid onvoldoende geïnformeerd was over de profylactische behandeling. Diegenen die het wel innamen waren tevreden van de werking. De gedachte om op profylactische behandeling een antibioticaresistentie te ontwikkelen kwam vooral voor bij de jongere vrouwen. Bijna alle 60-plussers zouden het overwegen indien de aantal urineweginfecties hiermee zouden dalen. Bij slechts één persoon was er sprake van Monuril resistentie.
De antwoorden tonen aan dat de meerderheid tevreden is van het effect van de antibioticum behandeling, namelijk Monuril en Furadantine, en dat gemiddeld binnen de twee dagen de symptomen verdwijnen. De meerderheid zou ook niet zonder kunnen leven, vermits veenbessen en veel water drinken na verloop van tijd geen beterschap meer biedt. Ook een antecedent van een

pyelonefritis zet de vrouwen aan om direct over te schakelen naar een antibioticum.

6.4 Impact van rUWI op verschillende aspecten van het leven

K. Impact op emoties en gevoelens

In het algemeen ervaarden de meeste deelnemers de herhalende urineweginfecties als vervelend. Een gevoel van frustratie en kwaadheid kwam bij de meeste op na het optreden van de symptomen. Eén vrouw betuigde ook enige stress te voelen omdat ze nabij een toilet moest blijven.

> *Deelnemer 3: ...dan denk ik ' shit'. Ik ga weer van alles moeten doen. Ik ga er niet direct vanaf zijn. Ik moet weer veel drinken en dan heb ik ook zo direct de stress., zo van ja, ik moet wel dringend dichtbij het toilet zijn. Er moet een proper toilet zijn.*

Een jonge deelnemer verklapte haar gevoel van schaamte tijdens een UWI en betuigde dat dit door haar omgeving als een taboe werd gezien.

> *Deelnemer 12: Ik heb het geluk gehad natuurlijk dat het bij ons thuis heel bespreekbaar was omdat mijn mama dat ook had dus ik mij thuis daarvoor nooit hoeven te schamen. Maar ja, binnen de chiro... daar was wel vaak een taboe rond.*

Sommige beweerde ook sneller geïrriteerd en geprikkeld te zijn tijdens een UWI. Dit had volgens hen ook een weerslag op hun omgeving, vooral het gezin. Eén van de deelnemers die leerkracht was, merkte dat ze anders reageerde tegenover haar leerlingen tijdens een UWI. Eén vrouw was het beu, en merkte dat het een grote invloed had op haar humeur.

> *Deelnemer 5: Ik moest ook meer opletten als ik voor de klas stond, omdat ik rapper geïrriteerd werd als ze aan het babbelen waren en dan riep ik ' stop nu' en dan keken ze zo naar mij omdat ze dat niet gewoon waren van mij.*

> *Deelnemer 13: Het is niet dat het af en toe gebeurt, maar het is wel heel frequent dus je bent dat beu. Het heeft echt een impact op algemene humeur zou ik zeggen.*

Sommigen vonden het frustrerend dat ze altijd rekening moesten houden met bepaalde voorzorgen. Eén deelnemer omschreef dit als een beperking in haar vrijheid.

> *Deelnemer 1: ik vind dat zo, dat beperken, zo in uw vrijheid en dat is zo soms zelf frustrerend, ja, in die zin, nou, je moet gewoon altijd direct rekening houden met mijn pillen bij heb.*

Een andere deelnemer was steeds ongerust om een UWI te krijgen als ze naar grote festivals ging, omwille van de beperkte hygiëne en verminderde waterconsumptie. Een andere vrouw maakte zich op vakantie tijdens een rondreis of excursie vaak zorgen als ze te weinig had gedronken.

> *Deelnemer 3: ik altijd zo wel ongerust ben. Bijvoorbeeld ik ben een week naar Portugal geweest naar een festival. Ik had gedacht dat als ik dat daar dan krijg dan gaat dat echt ambetant zijn. Want het is daar heel warm. Er is niet zoveel water.*

> Deelnemer4: *….als je rondreis of excursie doet, dan breng ik wel genoeg mee, op zeker momentgeraakt het op. Dan begin je je wel zorgen te maken.*

Twee jonge deelnemers benadrukte dat ze zich minder jong voelde in hun vel door de omstandigheden. Hiervan ervaarde één vrouw een depressief gevoel tijdens haar klachten. Een andere vrouw beweerde dat ze tijdens een UWI ook een negatieve humeur had.

> *Deelnemer 1: Als ge seks hebt gehad moet je direct gaan plassen, want je weet dat je al gewoon weer meer kans hebt en gewoon dat ja, en dat belemmert zowel, dan ja, niet altijd een hoe jonge vrouw zich misschien hoort te voelen.*
>
> *Deelnemer 13: Ja je krijgt daar een depressief gevoel van, ook omdat je nog gevoel hebt te jong te zijn om met momenten helemaal niets meer te kunnen doen.*
>
> *Deelnemer 2: Ik ben iemand die wel heel positief is. Maar op dat moment kan ik eigenlijk heel negatief zijn en dan kan ik heel veel klagen en zagen daarover.*

Twee deelnemers stelden zichzelf meermaals de vraag wat ze verkeerd deden. De meeste deelnemers gaven zichzelf de schuld als ze terug een infectie kregen. Eén vrouw vermelde dat het haar ook enige angst veroorzaakte.

> *Deelnemer 2: Ja ook wel angst, omdat je zo niet weet wat het is. Dan begin je na te denken, te twijfelen van doe ik iets verkeerd? …. Dan ben je aan het twijfelen van ik ben hier iets fout aan het doen?*

Drie deelnemers vonden het vervelend dat de infecties zo onvoorspelbaar waren. Eveneens vonden ze het storend dat ze geen controle hadden over de frequente en lange toiletbezoeken.
Vijf deelnemers rapporteerde angstige gedachtes te hebben voor een blaaskanker. Deze gedachtes kwamen slechts op tijdens een episode van een UWI. Één hiervan had een verleden van borstkanker. Beginnende klachten wekte haar daarom ongerustheid op. Bij de rest kwam de gedachte op dat de vele UWI's op termijn blaaskanker kan veroorzaken.

> *Deelnemer 8: Want je vindt het wel raar dat je om de vijf stappen naar de wc moet gaan. Ik overdrijf wel, maar soms denk ik verder, zoals 'zou het geen tumor kunnen zijn'. Dit is wel typische aan mezelf dat ik ver denk.*
>
> *Deelnemer 9: Het was een teleurstelling en dan onrust, echt onrust. Altijd denken dat er iets is, iets kwaadaardig.*

Bij alle vijf de vrouwen werd dit nooit bevraagd aan hun huisdokter of specialist. Eén vrouw durfde de vraag niet te stellen omwille van de mogelijke reactie van de arts.

> *Deelnemer 13: Nee ben bang dat ze me scheef gaan kijken.*

De meeste deelnemers zijn zich van bewust dat ze hiermee voor de rest van hun leven moeten leven. Vijf vrouwen betuigde dat ze het hebben leren accepteren.

L. Impact op activiteiten

De meest belastende klacht die deelnemers herhaaldelijk aanhaalden waren het urgent en veel gaan plassen en de branderige pijn in de onderbuik. Ze beschreven hoe ze hierdoor veel zaken niet konden doen zoals bijvoorbeeld auto rijden.

> *Deelnemer 1: ...echt altijd super pijnlijk. Ik heb altijd het gevoel als ik dat heb, dat ik zo echt niet van toilet kan afkomen.*

> *Deelnemer 13: Ik kon niks niet meer doen, je kunt niet meer uit de voeten, dat je enkel moet thuisblijven en op toilet zitten met pijn... Ik kon ook niet rijden, mijn man kwam me dan halen, ik had teveel pijn om met de auto rijden.*

Eén persoon omschreef hoe erg ze het vond om een fitnesstraining te missen door haar infecties.

> *Deelnemer 5: Dat is voor mij erg. Ik ben niet veel ziek en als ik dan niet kan gaan, dan ben ik al aan tellen van hoeveel trainingen heb ik tekort.*

Tijdens de bevraging kwam het op neer dat iedereen wel ooit een sociale of een fysieke activiteit heeft moeten afzeggen door een UWI. De aanleiding van de annulering varieerde tussen de deelnemers. Eén reden kwam bij de meerderheid regelmatig terug, namelijk dat ze tijdens een infectie in de nabijheid van een toilet moesten blijven. Eén vrouw vertelde dat ze door haar infectie een reis moest uitstelle. Door de klachten was de zin in de activiteit verminderd en genoten ze ook minder.

> *Deelnemer 3: Maar nu als mijn vriend of iemand anders mij zou zeggen om last minute ergens mee te gaan en ik zit met een urineweginfectie en als er daar geen proper toilet is, en als ik daar niet op mijn gemak naar de wc kan, dan ga ik liever eigenlijk gewoon in m'n eigen huis blijven.*

> *Deelnemer 13: We hebben al één keer ons reis moeten uitstellen, ik kon niet in de auto zitten, ik moest op toilet zitten, ik moest water hebben, ik moest mij om de zoveel tijd met blaas kunnen leegmaken.*

Iemand vertelde hoe ze koud water vermeed tijdens een UWI omdat dit anders de klachten verergerde

> Deelnemer 4: Soms als ik er echt last van heb, probeer ik koud water te vermijden. Ik weet dat we van plan waren om te gaan kajakken, maar dat ik het niet zat zitten om mee te gaan omdat ik een blaasontsteking had.

Een andere deelnemer vertelde dat ze eerder een etentje heeft moeten verlaten toen de klachten opkwamen en dit bij haar frustratie opwekte.

> *Deelnemer 2: En dan ineens kwamen we aan op restaurant en het begon. Ja, en het eten stond al op tafel en ik was constant heen en weer naar de wc gaan en gaan zitten. Echt zo vijf keer zeker. En dan zijn we gewoon vertrekken. We hadden toen amper gegeten en daar merk je wel een frustratie.*

Een gepensioneerde deelnemer vertelde hoe graag ze in haar vrije tijd naar theater, cinema en museum ging en hoe dit werd belemmerd door het niet kunnen nemen van het openbaar vervoer. Ze beleefde dit als een straf en vermelde dat dit haar isoleerde.

> *Deelnemer 9: Dus ik kon nergens niet heen gaan, je kon geen openbaar vervoer nemen, je kon nergens heen gaan. Dat was eigenlijk een straf, dat was gewoon thuisblijven... Je moet dat niet onderschatten want ik vond dat echt vreselijk. Dat isoleerde mij.*

Bij de meeste deelnemers waren de dichte vrienden , collega's en familie ingelicht over hun rUWI. Ze kregen veel steun. Toch ondervonden ze een last te zijn voor hun omgeving bij bepaalde gelegenheden. Voorbeelden van activiteiten werden vernoemd zoals wandelen, shoppen, kerstmarkt, autorit, waarbij ze de groep vaak lieten wachten om te plassen. Een vrouw vertelde hoe ze zich in het begin steeds excuseerde maar dit nu eenmaal beu is geworden. Sommigen vonden het gênant om steeds in cafés te vragen om te plassen.

> Deelnemer 11: Mijn man vloekt nog eens, want ja kan niet zomaar overal stoppen hé...*:* Ja, ik vind dat soms vervelend, maar ik kan me niet blijven excuseren.

M. Impact op de slaap

Bij het navragen van de impact op de slaap, wordt er een discrepantie waargenomen van de respondenten. Sommigen vertelden slechts éénmalig in de nacht op te staan maar dit niet als storend ervaarden, Andere daarentegen benadrukten dat ze tijdens een urineweginfecties amper konden slapen, met aldus een weerslag op de dag erop. Drie vrouwen vertelden hoe ze de volgende dag humeurig en prikkelbaar waren door de gebroken slaap. Eén vrouw beschreef hoe ze de pijn ervaarde in de nacht en de vermoeidheid die daar op volgde.

> *Deelnemer 13: Maar s' nachts en die avond ben je ontspannen, en dan voel je die pijn opkomen en dan is het vertrokken. En dan kan je niet slapen... De vermoeidheid die daarop volgt is ongelofelijk.*

Drie vrouwen rapporteerde de tegenstrijd van veel moeten drinken en dus ook veel plassen en dat hierdoor de slaap werd verstoord.

> *Deelnemer 10: Ik een grote bak water naast mijn bed en ik drink alle uren. Ik probeer dat het uitgaat omdat ik het dikwijls zo wegkrijg maar dat is dan niet plezant... Ik slaap dan zo slecht, omdat als je veel drinkt, dan moet je natuurlijk ook veel plassen.*

> *Deelnemer 14: Dan slaap ik niet, dan zit ik in de woonkamer omdat ik constant moet gaan plassen en omdat ik mijn man niet wakker wil maken. En zit ik de hele nacht te drinken en dan slaap ik bijna niet.*

N. Impact op het werk

Bij het bevragen of de UWI ooit de werkcapaciteit heeft beïnvloedt, blijken de antwoorden te corresponderen. Namelijk blijkt uit de verschillende antwoorden dat door zichzelf bezig te houden op het werk hiermee de aandacht op de klachten afneemt. Ook een zittend werk zou helpen om de klachten meer onder controle te houden. Daarentegen vertelde één vrouw dat ze haar concentratie steeds verloor door de regelmatige toiletbezoeken. Een andere jonge dame ondervond dat ze hierdoor minder effectief was in haar werk en heel vermoeid was. Het kon voor sommigen lastig zijn op het werk. Namelijk vertelde een oud leerkracht en een jonge zorgkundige dat ze niet zomaar op elke moment naar het toilet konden gaan omwille van de toezicht en dat het vervelend was om steeds een collega bij te moeten roepen.

> *Deelnemer 2: ...als je met iets bezig bent en je stopt daarmee en je gaat naar WC, dat uw concentratie er eigenlijk niet meer is. Ik ben iemand die niet heel lang kan concentreren….*

> *Deelnemer 12: Als ik last van een infectie, ben je meer vermoeid en minder fit. Je bent minder effectief, omdat bij het lichtste gevoel moet je al naar het toilet. Er is ook frustratie en je bent meer gehaast met wat je doet.*

Bovendien deelde enkele werkende deelnemers mee dat ze liever thuis zouden blijven met een urineweginfectie, maar zich niet voldoende als 'ziek' beschouwde om niet naar het werk te gaan, buiten één vrouw die de pijn beschreef als crisissen en dus steeds om een ziekteattest vroeg.

O. Impact op het seksleven

Niemand had seksuele gemeenschap tijdens een UWI. Dit was voor enkelen vanzelfsprekend gezien door de pijn ook de goesting verdween. Bovendien verklapte veel deelnemers hun angst dat het zou verergeren door seks. Enkelen hadden schrik om snel terug seks te hebben omdat ze geloofde dat ze

voor een korte periode vatbaarder waren voor een nieuwe infectie. Gemiddeld werd er drie à vijf dagen gewacht na het verdwijnen van de klachten om terug geslachtsgemeenschap te hebben.

> *Deelnemer 1: En als ik er al eentje heb gehad dan ik wel efkens zoiets hebben van nu liefst geen seks omdat ik schrik heb dat ik er te snel weer heb.*

Uit de responsen bleek de meerderheid steun en begrip te krijgen van de partner, buiten één jonge dame die hierdoor moeilijkheden had ondervonden in haar vorige relatie.

> *Deelnemer 12: Mijn ex-partner was iemand die regelmatig seks wilde. Met mijn partner nu, hebben we daar vanaf het begin open conversaties over gehad*.

Sommige partners hadden de vrees om de oorzaak te zijn van de vele infecties, buiten één vrouw die zelf schrik had om haar man te infecteren.

> *Deelnemer 4: Dus ja dan deden we het wel. En hij zei ook op den duur van: 'ja, ik wil u niet ziek maken'*
> *Deelnemer 13: Als wij regelmatig dat doen, dan heb ik er vaker last van. Mijn man zegt dan ook van dat we een beetje moeten oppassen, want anders ga ik met pijn zitten.*

Een vrouw vond het frustrerend hoe seks haar de infecties veroorzaakte gezien seks iets moois moet voorstellen. Iemand anders vertelde hoe seks vermeden werd als ze haar Furadantine niet bij had en hoe de spontaniteit in seks hierdoor in gedrang kwam. Volgens een andere deelnemer kwam ook de intimiteit in gedrang. Er werd ook verteld dat er angst heerste voor verlies van spontaniteit in de seks door alle preventieve maatregelen die de dokter had aangeraden.

> *Deelnemer 10: Ten eerste is het heel frustrerend want seks is mooi en jij krijgt dan 20 uur later verschrikkelijke pijn*
> *Deelnemer 1: Dat is ook minder spontaan, want als ik vooral weet dat ik mijn pillen niet bij heb of ik weet dat ik niet direct daarna kan plassen, ja, dan ga ik dat ook gewoon minder snel doen, omdat ik dat niet wil.*

Samenvatting:
Verschillende emotionele reacties werden gerapporteerd bij het oplopen van een UWI zoals terneergeslagen gevoel, frustratie, kwaadheid, geïrriteerd, geprikkeld en schuldig. Ook een gevoel van schaamte om het te vertellen kwam ter sprake. Klachten van vaak en snel moeten plassen wekte gevoelens op van stress. Naargelang de ernst van de klachten konden ook depressieve gevoelens verschijnen. Er traden eveneens angstige gedachtes op van blaaskanker tijdens een UWI.
Een aantal vrouwen stelden geplande activiteiten uit zoals huishoudelijke taken of andere activiteiten buitenshuis tot zelfs een reis. De continue pijn en nood aan toiletbezoeken zorgden voor beperkingen bij het rijden, sportactiviteiten en uit eten gaan. Vrouwen voelde zich als een last voor hun omgeving omwille van de vele wachttijden voor het gaan plassen.
Vrouwen stonden frequent op in de nacht wat de nachtrust verstoorde. Dit werd volgens de vrouwen versterkt door het veel en vaak te moeten drinken. Als gevolg van een slechte nachtrust beschreven de vrouwen de dag erop vermoeid, prikkelbaar en humeurig te zijn.
Vrouwen beklaagde zich van verminderd concentratie, vermoeidheid en minder effectief te zijn op het werkvloer en ook een last te zijn voor hun collega's om in te vallen door de vele toiletbezoeken.
Vrouwen hadden enerzijds geen seks tijdens een UWI vanwege de pijn en anderzijds omwille van de angst om de infectie te doen verergeren. Deze gedachte weerspiegelde zich ook bij de partners. Enkele vrouwen beweerden minder spontaniteit te vinden in de seks door de verhoogde kans op infectie alsook door de continue alertheid voor de preventieve maatregelen en de profylactische behandeling.

7 Discussie

7.1 Vergelijking met de literatuur

In deze studie hebben wij gevonden dat de meeste deelnemers voldoende kennis hadden over de preventieve maatregelen en deze ook nauwlettend uitvoerden. Verschillende predisponerende factoren werden aangehaald door de deelnemers die duidelijk verband hadden met hun infecties zoals seks, weinig water drinken, urine ophouden, alcohol, maandverband, tampon, fietsen en vaginale contraceptiva. Aan de hand daarvan werden preventieve voorzorgen aangelegd. Gelijkaardige bevindingen werden gevonden in een Manama kwalitatieve onderzoek van Dortmont V en in een kwalitatieve interview studie van G M Leydon et al. (1,22). In beide studies werd er via interviews nagegaan wat de kennis was van preventieve maatregelen bij vrouwen met UWI en hoe deze infecties werden aangepakt. In onze studie werden gevoelens van frustratie en zelfschuld aangehaald wanneer de predisponerende factoren, zoals alcoholconsumptie en te weinig water drinken werden genegeerd en uiteindelijk leidde tot een UWI.

Onze vrouwen gingen op eigen initiatief bij de specialist op zoek naar antwoorden op hun vragen. De meest gestelde vragen waren of er geen onderliggende medische oorzaak was van de rUWI en of er geen andere oplossing was die meer efficiënt werkte om de aantal infecties te doen verminderen.

Onze studie toont een duidelijk beeld van het familiaal voorkomen van rUWI. Dit werd eveneens aangetoond in een eerdere kwantitatief onderzoek met E-coli UWI (23).

7.2 Antibiotica gebruik bij rUWI

We merken in onze studie dat de vrouwen bij beginnende klachten van UWI eerst veel water drinken in de hoop de infectie door te spoelen. Als de klachten na één dag niet over gingen, werd bij de meerderheid overgegaan naar antibioticum gezien veenbes extract geen effect had. Ook vrouwen die in het verleden een gecompliceerde urineweginfectie hadden opgelopen bleken sneller over te schakelen naar een antibioticum. In tegenstelling tot de studie Leydon et al. bedroeg de gemiddelde wachttijd een drietal dagen alvorens een dokter werd geraadpleegd. De vrouwen verkozen een spontane genezing af te wachten of probeerden eerst met veenbessen of D-mannose (22). De reden van dit verschil kan liggen aan het feit dat in de studiepopulatie van Leydon ook vrouwen werden geïnterviewd met acute cystitis en niet per se met recidiverende urineweginfecties.

We merken in onze studie een terughoudendheid voor een antibioticum behandeling bij vrouwen die in het verleden bijwerkingen hebben opgelopen door een antibioticum, een resistentie hebben ontwikkeld of waarbij de cystitis niet altijd veroorzaakt werd door een kiem. Het is opmerkelijk hoe weinig van de deelnemers onder profylactische behandeling zaten of er zelfs nooit eerder van hadden gehoord. Nadat dit werd aangehaald, merken we vooral bij de jonge vrouwen dat er weigering is naar profylactische therapie wegens vrees voor antibioticaresistentie. Gelijkaardige reacties werden in een kwantitatief onderzoek van Scott V SC vastgesteld waarbij in een focus groep van vrouwen met rUWI werd nagevraagd wat de bedenkingen waren over het antibiotica gebruik bij rUWI. Hierbij kwamen ze tot de vaststelling dat er een grote angst was voor antibioticaresistentie bij zowel de therapeutische als de preventieve behandeling en dat de meerderheid streefde naar andere mogelijkheden (18).

7.3 Impact van rUWI op verschillende aspecten van levenskwaliteit

In het tweede gedeelte van de studie werd er nagekeken of deze infecties invloed hadden op de verschillende aspecten van de levenskwaliteit.

Er werden reeds voorgaande kwantitatieve onderzoeken uitgevoerd die impact van rUWI hebben bestudeerd, zoals de studie van Ennis SS, Renard J en Wagenlehner F (14–16. Allen concludeerden dat het sociaal leven, slaap, fysieke activiteiten en het emotioneel welzijn negatief werd beïnvloedt door de infecties. Deze vaststellingen werden gemaakt op basis van scores uit vragenlijsten die werden ingevuld door patiënten die op het moment zelf of kort voordien een UWI hadden opgelopen.

In onze studie werden eveneens verschillende negatieve emoties beschreven bij het oplopen van een UWI zoals teleurstelling, frustratie, kwaadheid, irritatie, prikkelbaar, schaamte en schuldgevoel.
Het plots onverwacht opkomen van de klachten gaf het gevoel dat de rUWI domineerde waardoor een gevoel van stress en controleverlies heerste. Het consulteren van de huisdokter voor het krijgen van antibioticum wekte ergernis op gezien dit als tijdrovend werd ervaren. Gelijkaardige reacties worden neergeschreven in een recente kwalitatieve interviewstudie van Grigoryan et al., die de emotionele impact onderzocht van rUWI bij vrouwen (21).
Onze studie toonde aan dat veel vrouwen angstige gedachten hadden over blaaskanker maar dit nooit hebben uitgedrukt aan hun huisarts wegens vrees om niet serieus genomen te worden. In tegenstelling tot onze studie, werd in de studie van Grigoryan et al. beschreven hoe vrouwen angstgevoelens hadden voor het oplopen van een nieuwe urineweginfectie. De mogelijke verklaring hiervan zou zijn dat de meeste vrouwen in onze studie extra voorschriften antibioticum kregen van de huisarts. Dit bood een gevoel van controle en geruststelling en verminderde de stress bij een volgende infectie.
De UWI's verstoorde de nachtrust en had een weerslag op de volgende dag, zoals vermoeidheid en slechte humeur. Ook veroorzaakte de infecties een negatieve impact op de werkcapaciteit. Deze bevindingen komen overeen met een internet web explorerende studie van Flower et al. waarbij vrouwen op een forum hun gedachtes en gevoelens met betrekking tot hun UWI deelden (17).
Hoewel in onze studie de meerderheid liever het werk zou afzeggen door hun UWI, vonden vrouwen zich toch verplicht om te gaan werken als de pijn dragelijk was.
Het vaak en dringend moeten plassen en onderbuik pijn was meestal de reden voor het afzeggen of uitstellen van een sociale of een fysieke activiteit. Bij vrouwen die een actief sociaal leven leidden, was de impact op het emotioneel welzijn het meest uitgesproken.
Zoals de studie van Flower et al. reeds heeft kunnen aantonen, bevestigde onze studie eveneens de negatieve impact van de rUWI op het seksleven. Angst voor het verergeren van de klachten en het verlies van spontaniteit in de seks werd in onze studie aangehaald. Bezorgdheid en begrip van de partners kwam vaak ter sprake. Naargelang de frequentie van de infecties kon dit ook gevolgen hebben op de relatie (17).

Sterktes en zwaktes van de studie

Een sterkte van de studie was de appreciatie van de deelnemers om hun verhaal te kunnen doen en zich volledig uit te drukken. Dit weerspiegelde zich ook in de uitgebreide informatie en uitleg die deze vrouwen deelden. Een andere sterkte is dat er doorheen de studie nieuwe bijvragen werden gecreëerd op basis van de antwoorden die de deelnemers gaven zodat er nagekeken kon worden of dit zich weerspiegelde bij de rest. Saturatie van data werd bereikt. In tegenstelling tot de voorgaande studies, had onze studie geen specifieke exclusiecriteria zodat er breed kon gekeken worden naar de verschillenden persoonlijke ervaringen ongeacht de co-morbiditeit. Een andere sterkte van de studiepopulatie was dat er geen enkele deelnemer een psychologische noch een fysieke probleem had waardoor de antwoorden zuiver geïnterpreteerd konden worden. Ook waren de leeftijden van de deelnemers in onze studie zeer gevarieerd.

De studiepopulatie te homogeen was wat op zich een zwakte is van de studie. De deelnemers waren

allen opgeleid en van Belgische oorsprong. We missen informatie over de ervaringen bij niet geschoolde vrouwen en van verschillende etniciteit. Daarbovenop hebben we in onze studie beperkte informatie kunnen opdoen over vrouwen die elders in Vlaanderen worden opgevolgd. Dit allemaal heeft als gevolg dat de resultaten niet transferabel zijn naar de volledige Vlaamse populatie.
Anderzijds waren bijna alle vrouwen patiënten van de praktijk waar ik als HAIO stond. Aldus kunnen enkele antwoorden vertekend zijn die betrekking hadden tot de artsen in de praktijk.
Het is dus aangewezen om verder onderzoek te doen om te zien of de bevindingen van deze studie al dan niet kwantitatief kunnen worden bevestigd. Uit de resultaten

8 Conclusie

Recidiverende urineweginfectie wordt beschouwd als een banale infectie met amper implicaties op de gezondheid. Echter gaven enkele studies aan dat veel vrouwen deze lichamelijke ongemakken als zeer hinderlijk ervaren in hun dagdagelijks leven met weerslag op de sociale en mentale gezondheid. Ook onze studie toonde aan hoe de rUWI het sociaal leven, slaap en seksleven ongunstig beïnvloedt met weerslag op het emotioneel welzijn.
Tenslotte kunnen we uit onze resultaten afleiden dat er meer aandacht moet geschonken worden in een open gesprek tussen arts en patiënt waarbij bezorgdheden en vragen kunnen worden uitgedrukt. De patiënten zouden beter geïnformeerd kunnen worden over de oorzaken, verloop en behandelingsmogelijkheden van rUWI, zoals preventieve antibiotica therapie. Het gezamenlijk beslissen van de aanpak zou ervoor kunnen zorgen dat vrouwen zich meer gehoord voelen en meer vertrouwen krijgen in hun huisarts. Ook zouden we hiermee gevoelens van frustratie , angst en schuldgevoel kunnen doen verminderen.

9 Referenties

1. Zin en onzin van de behandeling en profylactische maatregelen bij recidiverende urineweginfecties.
2. Department of general practice, KU Leuven. Intego-project. 2011.
3. Ronald A. The Etiology of Urinary Tract Infection: Traditional and Emerging Pathogens. 2003;(February):71–82.
4. Foxman B, Gillespie B, Koopman J, Zhang L, Palin K, Tallman P, et al. Risk Factors for Second Urinary Tract Infection among College Women. 2000;151(12):1194–205.
5. Tommaso Cai. Recurrent uncomplicated urinary tract infections: definitions and risk factors. 2021.
6. Kaur R, Kaur R. Symptoms, risk factors, diagnosis and treatment of urinary tract infections. Vol. 97, Postgraduate Medical Journal. BMJ Publishing Group; 2021. p. 803–12.
7. R. Raz et al. A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. N Engl J Med. 1993 Sep 9
8. Eriksson I, Olofsson B, Gustafson Y, Fagerström L. Older women's experiences of suffering from urinary tract infections. J Clin Nurs. 2014;23(9–10):1385–94.
9. Salonia A, Clementi MC, Graziottin A. Secondary Provoked Vestibulodynia in Sexually Active Women. 2013;2265–73.
10. Stefan H, Nicolas D, Thierry C, Sutter An D. Richtlijn Cystitis bij de vrouw herziening. Domus Medica. 2016.
11. Abdullatif VA et al. Efficacy of Probiotics as Prophylaxis for Urinary Tract Infections in Premenopausal Women : A Systematic Review and Meta-Analysis. 2021;13(10).
12. Taha Neto KA, Nogueira Castilho L, Reis LO. Oral vaccine (OM-89) in the recurrent urinary tract infection prophylaxis: A realistic systematic review with meta-analysis. Vol. 40, Actas Urologicas Espanolas. Elsevier Ltd; 2016. p. 203–8.
13. Snaith P. Health and Quality of Life Outcomes The Hospital Anxiety And Depression Scale [Internet]. 2003. Available from: http://www.hqlo.com/content/1/1/29
14. Wagenlehner F, Wullt B, Ballarini S, Zingg D, Naber KG. Social and economic burden of recurrent urinary tract infections and quality of life: a patient web-based study (GESPRIT). Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2018 Jan 2;18(1):107–17.
15. Ennis SS, Guo H, Raman L, Tambyah PA, Chen SL. Premenopausal women with recurrent urinary tract infections have lower quality of life. 2018;
16. Renard J, Ballarini S, Mascarenhas T, Zahran M, Quimper E, Choucair J, et al. Recurrent Lower Urinary Tract Infections Have a Detrimental Effect on Patient Quality of Life : a Prospective , Observational Study. 2015;125–35.

17. Flower A, Bishop FL, Lewith G. How women manage recurrent urinary tract infections: An analysis of postings on a popular web forum. BMC Fam Pract. 2014 Sep 26;15(1).

18. Scott VCS, Thum LW, Sadun T, Markowitz M, Maliski SL, Ackerman AL, et al. Fear and Frustration among Women with Recurrent Urinary Tract Infections : Findings from Patient Focus Groups. 2021;206(September):689–95.

19. Pat JJ, Aart T, Steffens MG, Witte LPW, Blanker MH. Assessment and treatment of recurrent urinary tract infections in women : development of a questionnaire based on a qualitative study of patient expectations in secondary care. BMC Urol [Internet]. 2020;1–6.

20. Schostak J. Interviewing And Representation In Qualitative Research. UK: McGraw-Hill Education; 2005.

21. Grigoryan L, Mulgirigama A, Powell M, Schmiemann G. The emotional impact of urinary tract infections in women: a qualitative analysis. BMC Womens Health. 2022 Dec 1;22(1).

22. Leydon GM, Turner S, Smith H, Little P. Women's views about management and cause of urinary tract infection: Qualitative interview study. BMJ (Online). 2010 Feb 20;340(7743):407.

23. A J Schaeffer et al. Adhesion of Uropathogenic Escherichia coli to Epithelial Cells from Women with Recurrent Urinary Tract Infection. Infection. 1982;10(3):186-91

10 Bijlages

10.1 Vragenlijst

Ervaringen van vrouwen met recidiverende urineweginfectie en de invloed ervan op hun kwaliteit van het leven: kwalitatief onderzoek door middel van een semi gestructureerd interview

---

Het interview wordt eerst gestart met specifieke vragen die een beeld schetsen van de deelnemer.

1. Hou oud bent u?
2. Ben u in een relatie?
3. Wat doet u als werkt?
4. Bent u seksueel actief?

Daarna volgen de vragen over de ervaringen en barrières door de UWI.

Hoofdvragen van het interview:

1. **Hoe ervaar je jouw UWI in het algemeen?**
    - Sinds hoeveel jaar bent u gekend met herhalende urineweginfecties?
    - Wanneer was de laatste keer dat u een urineweginfectie opliep?
    - Hoeveel UWI krijgt u ongeveer in een jaar?
    - Herkent u bij uzelf wanneer u een nieuwe episode hebt van UWI? Welke klachten hebt u dan?
    - Hoe lang duren de klachten meestal van je UWI?
    - Gaat u hiervoor steeds bij jouw huisarts of neem je zelf maatregelen? Zo ja, welke?
2. **Hebt u ooit door je UWI enige beperkingen ondervonden in u dagelijks leven.**
    - Zijn er bepaalde huishoudelijke taken die je dan moeilijker kunt uitvoeren als u een UWI hebt? (Zoals zware spullen optillen, trap opgaan, knielen?)
    - Hebt u ooit een verminderd werkcapaciteit ervaren als u op je werk bent met een UWI? Zo ja, op welke manier en in welke mate?
    - Vindt u dat de UWI een effect heeft gehad op u sociaal leven? (Hebt u ooit hobby, sport of een afspraak met een vriendin moeten missen omwille van je UWI. En wat was juist de precieze reden? Welke gevoelens/emoties kwamen hierbij samen?)
3. **Heeft u UWI ooit effect gehad op je moraal?**
    - Hoe is de relatie met je kinderen en man als u een UWI infectie hebt? Laat je dit ook merken en zo ja, hoe? Ben je meer geprikkeld, vermoeid, geïsoleerd?
    - Hoe is u nachtrust tijdens een UWI? Ervaar je soms pijn ’s nachts of vaak moeten opstaan om te plassen? Neemt u iets van medicatie voor tegen de pijn? Zo ja, welke? Heeft uw slechte nachtelijke slaap ooit invloed gehad in je dagelijks functioneren (bv. op werk, vermoeidheid ,emotioneel,..)?
    - Voelt u zich anders in u vel tijdens een episode van UWI? Ervaar je minder plezier? Hebt u ooit uw hobby, sport of een afspraak met een vriendin moeten missen hierdoor?
    - Hebt u enige vorm van angst ervaren tijdens uw UWI. Zo ja, op welk moment en in welke mate?
    - Ervaart u buiten de episode van UWI ook enige vorm van angstgevoelens, prikkelbaarheid, deprimerende gevoelens?
    - Wat denkt uzelf over je gezondheid. Voelt u zich minder gezond door u rUWI?
4. **Heeft UWI ooit invloed gehad op uw seksleven?**
    - Heeft jouw UWI ooit invloed gehad op uw seksleven? Zo ja, op welke vlak? (pijn, minder zin in seks, minder intimiteit?)
    - Hoelang duurt het sinds de start van de klachten om terug seksueel actief te zijn? (Waaraan zou dat liggen?)

- Hebt u ooit angstgevoelens gehad die betrekking hadden met seks?
- Heeft uw UWI ooit een invloed gehad op u relatie met uw partner?

5. **Hoe zie jij de mogelijke oplossing op je UWI?**
    - Steeds bij klachten AB innemen?
    - Ooit gehoord van profylactische behandeling?
    - Ooit gedacht om hiervoor naar een specialist te gaan, en waarom?

10.2 Onderzoeksprotocol en goedkeuring ethische comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. Titel van het onderzoek

Recidiverende urineweginfectie bij vrouwen en de invloed ervan op hun kwaliteit van het leven: kwalitatief onderzoek door middel van interviews.

☐ retrospectief ☒ prospectief

2. Gegevens van de begeleidende en superviserende onderzoekers

Promotor

- Naam: Dr. An de Sutter
- Functie: Huisarts,
- Universiteit: Universiteit van Gent
- Faculteit/Vakgroep: Centrum Huisartsgeneeskunde UGent, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
- Telefoonnummer: +32 498560151
- E-mail: An.Desutter@ugent.be
- Naam vakgroepvoorzitter: Prof. Sara Willem

Co-Promotor: geen

3. Gegevens van de onderzoeker, huisarts-in-opleiding.

- Naam: Asmae Azibou
- Universiteit van inschrijving: Vrije universiteit van Brussel
- Faculteit: Geneeskunde
- Opleiding: Master Huisartsengeneeskunde
- Telefoonnummer: 0486139303
- E-mail: asmae.azibou@vub.be

4. Gegevens van de opleidingspraktijk van de huisarts-in-opleiding.

- Naam praktijkopleider: Praktijk den Blink
- Adres: Jean-Baptiste Nowélei, 1800 Vilvorde
- Telefoonnummer: 02/2510216
- E-mail: raf.roesems@icloud.be

5. Soort onderzoek

☐ Patiëntengegevens verzamelen die klinisch standaardgegevens zijn
(= geen enkel aanvullend onderzoek, bloed- of andere staalafname)

☐ Interventioneel onderzoek

Specifieer interventie:

☐ Vragenlijsten (gelieve deze eveneens voor te leggen aan het CME)
☒ Interview (gelieve de vragen eveneens voor te leggen aan het CME)
☐ Retrospectief onderzoek
☐ Gegevensverzameling van patiënten door u persoonlijk behandeld.
☐ Gegevensverzameling van een groep patiënten van de opleidingspraktijk waar u stage loopt waarbij u niet bij de behandeling betrokken was.

6. Geef een korte samenvatting van het protocol (in het Nederlands, minimum 30 zinnen/ een halve pagina en maximum één pagina), verstaanbaar voor mensen niet gespecialiseerd in de materie. Verwijs niet naar een bijgevoegd protocol. Gebruik geen afkortingen.

- **Titel:** Recidiverende urineweginfecties bij vrouwen en de invloed ervan op de kwaliteit van hun leven: kwalitatieve onderzoek door middel van een interview
- **Samenvatting**

Urineweginfectie (UWI) is de meest voorkomende infectie bij vrouwen waarmee de huisarts in contact komt. Gemiddeld zal één op de twee vrouwen minstens één episode van een urineweginfectie doormaken in haar leven waarvan 20% ervan een recidiverende urineweginfectie zal ontwikkelen. Zelf kwam ik in mijn eerst jaar als HAIO frequent jonge vrouwelijke patiënten tegen die vermoedden dat ze opnieuw een urineweginfectie hadden op basis van de klachten die ze herkenden. Ik kreeg aldus een interesse om me in mijn masterproef meer te verdiepen in de beleving van hun urineweginfecties. Tot heden is er nog weinig onderzoek gedaan naar de levenskwaliteit van vrouwen met recidiverende urineweginfectie. Enkele studies hebben reeds aangetoond dat herhalende urineweginfecties bij vrouwen een negatief effect heeft op hun levenskwaliteit op basis van vragenlijsten. In deze masterproef wil ik dieper ingaan over hoe deze urineweginfecties hun dagelijks functioneren beïnvloedt, geleidt door een interviewstudie.

- **Inclusiecriteria:**

- Vrouwen ouder dan 18 jaar
- Patiënten die reeds gekend zijn met recidiverende urineweginfecties sinds jaren
- Nieuw bevestigde urineweginfectie waarbij de patiënt in het afgelopen twee jaar reeds meer dan twee UWI heeft gehad.
- Patiënt mag geen gekende risicofactoren hebben , zoals bv. urinewegafwijkingen



- **Hoofdvragen van het interview:**

  1. Hoe oud bent u?
  2. Hoe frequent hebt u last van een UWI?
  3. Welke klachten ervaar je tijdens een UWI?
  4. Hoe lang duren de klachten meestal van je UWI?
  5. Welke maatregelen neem je meestal voor je UWI?
  6. Hoe ervaar je jouw UWI in het algemeen?
  7. Heb je ooit door je UWI enige beperkingen ondervonden in je dagelijks leven.
  8. Heef je UWI ooit effect gehad op je moraal?
  9. Hoe zie jij de mogelijke oplossing op je UWI?

- **Mogelijke bijkomende vragen**

  - Zijn er bepaalde huishoudelijke taken die je dan moeilijker kunt uitvoeren als u een UWI hebt? (Zoals zware spullen optillen, trap opgaan, knielen?)
  - Hebt u ooit een verminderd werkcapaciteit ervaren als u op je werk bent met een UWI? Zo ja, op welke manier en in welke mate?
  - Vindt u dat de UWI een effect heeft gehad op u sociaal leven? (Hebt u ooit je hobby, sport of een afspraak met een vriendin moeten missen omwille van je UWI. En wat was juist de precieze reden? Welke gevoelens/emoties kwamen hierbij samen?)
  - Hoe is de relatie met je kinderen en man als u een UWI infectie hebt? Laat je dit ook merken en zo ja, hoe? Ben je meer geprikkeld, vermoeid, isoleren?
  - Hoe is u nachtrust tijdens een UWI? Ervaar je soms pijn ’s nachts, vaak moeten opstaan om te plassen? Neem je iets van medicatie voor tegen de pijn? Zo ja, welke? Heeft je slechte nachtelijke slaap je ooit invloed gehad in je dagelijks functioneren (bv. op werk, vermoeidheid ,emotioneel,..)?
  - Voelt u zich anders in u vel tijdens een episode van UWI? Ervaar je minder plezier? Heb je ooit je hobby, sport of een afspraak met een vriendin moeten missen hierdoor?
  - Hebt u enige vorm van angst ervaren tijdens je UWI. Op welk moment en in welke mate?
  - Ervaart u buiten je episode van UWI ook enige vorm van angstgevoelens, prikkelbaarheid, deprimerend gevoelens?
  - Wat denkt uzelf over je gezondheid. Voel jezelf gezond nu? Voel je jezelf omwille van herhalende UWI meer ziek dan iemand zonder UWI?
  - Heeft jouw UWI ooit invloed gehad op u seksleven? Zo ja op welke vlak? (pijn, minder zin in seks, minder intimiteit?)
  - Hoelang duurt het sinds de start van je klachten dat je terug seks hebt met je partner? (Wat zorgt ervoor dat je zo veel tijd neemt?)
  - Is er ooit omwille van je UWI en beperking aan seks problemen ontstaan in u relatie?
  - Ervaar je vorm van vaginisme kort na je UWI. Waaraan denkt u dat het komt? Angst om nog pijn te hebben, angst om nog een nieuwe infectie te doen?)

7. Gegevens over (meerdere keuzes zijn mogelijk)

☒ Volwassenen in staat om toestemming te geven
☐ Volwassenen niet in staat om toestemming te geven
☐ Minderjarigen
☐ Studie in urgentiesituatie
☐ Gegevensverzameling van patiënten die niet langer in follow up naar de arts of het ziekenhuis komen en/of ondertussen overleden zijn.

8. Gegevens over

☐ Gezonden
☒ Zieken
Lijdend aan: recidiverende urineweginfecties. Op moment van de interview moet de deelnemer geen urineweginfectie hebben.

☐ Personeel, studenten
Nader omschrijven:

☐ Geslacht
☐ Man
☒ Vrouw

9. Hoe worden deze deelnemers gerekruteerd?

Een algemene mail wordt verstuurd naar Vlaamse huisartsen en HAIO's, ook in het Brusselse. In de mail staat uitgelegd wat de studie inhoudt en wat de doel is van het onderzoek. Er wordt gevraagd om flyers over de studie in het praktijk op te hangen en/of ze hun patiënten kunnen aanspreken over mijn studie en bij interesse aldus een flyer en een informatiebrief mee te geven aan de patiënt. Op akkoord van de patiënt zal de behandelende arts de contactgegevens van de deelnemers noteren en die vervolgens naar mij doorsturen via mail. Bij weinig respons zal ik langs verschillende huisartspraktijken komen en flyers uitdelen. Dit laatste zal enkel gebeuren na toestemming van de huisartsenpraktijk.

10. Totaal aantal deelnemers in de studie in België?

☐ In het UZ Gent:
☒ Andere locatie: Deelnemers zullen komen uit verschillende praktijken in Vlaanderen en Brussel om een zo groot mogelijk diversiteit van de populatiegroep te verkrijgen. De aantal deelnemers in deze studie is nog niet gekend maar een schatting wordt gemaakt tussen 5 à 15 deelnemers. Gezien deze onderzoek louter een exploratieve onderzoek is, dien ik in deze studie geen groot aantal deelnemers te rekruteren. De rekrutering van de deelnemers zal doorgaan totdat een saturatie is bereikt.

Opgelet: het experiment is enkel verzekerd voor het aantal dat hier opgegeven wordt.
Indien men extra deelnemers wil includeren, zal men dat via een amendement moeten aanvragen.

11. Periode van het onderzoek (begin- en einddatum maand/jaar) (bij retrospectieve studie graag ook de periode van datacollectie vermelden)

dinsdag 1 maart 2022 – donderdag 30 augustus 2023

Let wel op: elk experiment op mensen na de einddatum is niet meer gedekt door de verzekering zodat op dat ogenblik u in overtreding bent met de wettelijke beschikkingen.
U kan een verlenging van het experiment bij de Commissie voor Medische Ethiek aanvragen.

12. Wie is de opdrachtgever?

Prof. An De Sutter, Faculteit geneeskunde Universiteit Gent

13. Verzekering

In principe is het de verzekering van de universiteit waaraan uw promotor verbonden is waardoor u gedekt bent. Wanneer u en/of uw promotor een andere verzekering hebben afgesloten, gelieve dan de verzekeringspolis in bijlage bij te voegen.

14. Het onderzoek is monocentrisch? Indien er meerdere ethische comités betrokken zijn gelieve multicentrisch aan te duiden. Dit is enkel van toepassing als het desbetreffend centrum over een ethisch comité beschikt. De onderzoeker dient op voorhand na te gaan of het centrum waar het onderzoek doorgaat over een ethisch comité beschikt.

☒ ja

☐ neen

15. Toegang tot het elektronisch patiëntendossier vereist (student)?

Ja

X Nee

16. Wordt voor dit onderzoek een informed consent gevraagd aan de patiënt voor inzage van dossier, afnemen vragenlijsten/interview (steeds het IC ter goedkeuring aan het CME voorleggen)

☒ ja

☐ neen (argumenteren waarom niet)

Ik verklaar de gehele verantwoordelijkheid van het hierboven vermeld project op mij te nemen en bevestig dat voor zover de huidige kennis het toelaat, de gegeven inlichtingen met de werkelijkheid overeenstemmen.

Huisarts-in-opleiding

datum

30 november 2021

naam

Asmae Azibou

handtekening



Praktijkopleider

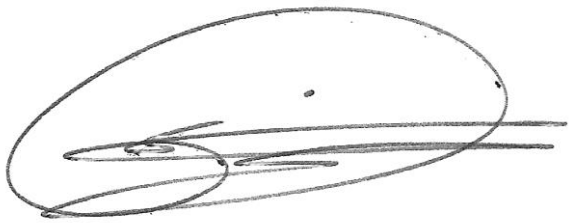
datum

30 november 2021

naam

Raf Roesems

handtekening



Promotor

datum

7-12-2021

naam + affiliatie

Prof . Dr. An De Sutter UGent

handtekening



Vakgroepvoorziter Huisartsengeneeskunde

(Enkel van toepassing voor onderzoek met als opdrachtgever Universiteit Gent)

datum

naam

handtekening

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. An De Sutter
VG Volksgezondheid en Eerstelijnszorg - GE39
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 41 81	Ethisch.comite@uzgent.be	
Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
BC-11458	NVT	29/12/2021	1/3

Betreft : Advies voor monocentrische studie met als titel:

"Recidiverende urineweginfectie bij vrouwen en de invloed ervan op hun kwaliteit van leven: kwalitatief onderzoek door middel van interviews - MaNaMa Asmae Azibou"

B.U.N.: B6702021001249
EudraCT:
Fase (Phase):

*Begeleidende brief dd. 1/12/2021
*Adviesaanvraagformulier dd. 1/12/2021
*Patiënteninformatie- en toestemmingsformulier Versie 1 dd. 1/12/2021
*Interview Guide versie 1 dd. 1/12/2021
*Rekruteringsmateriaal Versie 1 dd. 1/12/2021 voorbeeld flyer studie
*Rekruteringsmateriaal Versie 1 dd. 1/12/2021 mail naar de Vlaamse huisartsen en HAIO's in Vlaanderen en Brussel

Advies werd gevraagd door: Prof. dr. An De Sutter

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 28/12/2021 . INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/12/2022, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

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

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 28/12/2021. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/12/2022, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact HIRUZ CTU (09/332 05 00).

° *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
° *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
° *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
° *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
° *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
° *Alle effectieve leden van het Ethisch Comité, of hun plaatsvervangers,hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*
° *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. P. Deron

SECRETARIS
Prof.dr. R. Peleman

INGANG 75
ROUTE 7522

° *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
° *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
° *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
° *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
° *All effective members of the Ethics Committee, or their representatieves, have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee



Prof. dr. P. Deron
Voorzitter / Chairman

CC: UZ Gent – HIRUZ CTU
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel

Ledenlijst op 28/12/2021

Voorzitter: Prof. dr. P. Deron
Secretaris: Prof. Dr. R. Peleman

Effectief lid	plaatsvervangend lid
Dr. G. VAN LANCKER (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)	Prof. Dr. S. ROTTEY (UZG – klinisch farmacoloog, ♀)
Prof.dr. D. DE BACQUER (UG - statisticus, ♂)	Prof. dr. P. COOREVITS (UG - statisticus, ♂)
Dr. J. VAN ELSEN (huisarts, ♂)	Dr. M. COSYNS (huisarts, ♂)
Prof. dr. K. DE GROOTE (UZG – kindercardioloog, ♀)	Prof.dr. P. SCHELSTRAETE (UZG – kinderpneumoloog/infectioloog, ♀)
Prof.dr. W. NOTEBAERT (UG – psycholoog, ♂)	Mr. W. SCHRAUWEN (UZG – psycholoog, ♂)
Mevr. M. FOUQUET (UZG – verpleegkundige, ♀)	Mevr. I. VLERICK (UZG – verpleegkundige, ♀)
Dhr. C. DEMEESTERE (UZG – verpleegkundige, lic. Medisch sociale wetenschappen, ♂)	Dhr. G. DE SMET (UZG – verpleegkundige, - lic. Medisch sociale wetenschappen ♂)
Mevr. K. KINT (UZG – apotheker, ♀)	Mevr. L. HUYS (UZG – apotheker, ♀)
Dhr. B. VANDERHAEGEN (UZG - moraaltheoloog, ♂)	Prof.dr. S. STERCKX (UG - moraalfilosoof, ♀)
Prof.dr. mr. T. BALTHAZAR (UG - jurist, ♂)	Prof. Dr. T. GOFFIN (UG - jurist, ♂)
Mevr. C. VANCAENEGHEM (patiëntvertegenwoordiger, ♀)	Mevr. S. DE GROOTE (patiëntvertegenwoordiger, ♀)
Prof. dr. P. DERON (UZG – chirurg, ♂)	Prof.dr. W. CEELEN (UZG – chirurg, ♂)
Prof. dr. R. PELEMAN (UZG - internist/pneumoloog, ♂)	Prof.dr. H. VERSTRAELEN (UZG – Vulva-arts, ♂)
Prof.dr. J. DECRUYENAERE (UZG – internist/intensivist, ♂)	Dr. N. PETERS (UZG – fertiliteitsarts, ♀)
Prof.dr. R. RUBENS (UZG – internist/endocrinoloog, ♂)	Prof.dr. W. VAN BIESEN (UZG – nefroloog, ♂)
Prof.dr. M. De MUYNCK (UZG – arts fysische geneeskunde en revalidatie, ♀)	Dr. S. JANSSENS (UZG – geneticus, ♀)
Prof. dr. K. DHONDT (UZG – (kinder)psychiater, ♀)	Dr. L. GOOSSENS (UZG – neonatoloog, ♀)

De beoordeling gebeurt door de effectieve leden. Indien een effectief lid niet kan beoordelen, gebeurt de beoordeling door zijn/haar plaatsvervangend lid.

Leden van de commissie die actief betrokken zijn bij een onderzoeksprotocol, werden d'office uitgesloten van beoordeling.