Partnermanagement bij seksueel overdraagbare aandoeningen in de huisartsenpraktijk: een patiëntenstandpunt

Tristan Hermans, KULeuven

Frederik Dierick, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. David Spitaels

Co-promotoren: Dr. Steve Van Den Bulck

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023 – 2024

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:

INLEIDING
Vragen rond seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) zijn een frequente aanleiding om de huisarts te contacteren. Daarnaast wordt er een stijging in incidentie beschreven van chlamydia, gonorroe en syfilis. Het belang van goed partnermanagement door de hulpverlener staat in contrast met het inefficiënt toepassen hiervan in de praktijk. Verder onderzoek naar de ideeën en drempels bij patiënten is nuttig om de implementatie van een correct partnermanagement te vergemakkelijken.
METHODEN
Om inzicht te krijgen in het huidige beleid, wordt er als pilot een audit uitgevoerd in de elektronische medische dossiers van patiënten met een Globaal Medisch Dossier (GMD) in de huisartsenpraktijk waar de stage plaatsvindt. Voor het feitelijke onderzoek zal een online vragenlijst worden gebruikt om patiënten te bevragen over partnermanagement. Er wordt gepeild naar kennis over SOA's en ervaringen met, mening over, en voorkeur voor de verschillende vormen van partnermanagement.
RESULTATEN
De vragenlijst verzamelde 145 respondenten. 136 van deze antwoorden werden volledig ingevuld en gebruikt in de analyse. De resultaten suggereren een gebrek aan bekendheid met partnermanagement (88 deelnemers gaven een Likert score 1-3 met betrekking tot bekendheid), ondanks de erkenning van de belangrijke rol van huisartsen hierin (88 deelnemers gaven een Likert score 5-7 met betrekking tot belang van huisartsenrol). Er is een discrepantie tussen de verwachte en daadwerkelijke rol van de huisarts na een SOA-diagnose. Er is een positieve correlatie (p = 0,0498) tussen het bespreken van partnermanagement en eerdere positieve ervaringen hiermee.
CONCLUSIE
Voor de huisarts betekent dit concreet dat het belangrijk is om partnermanagement ter sprake te brengen. Dit omdat het momenteel onvoldoende systematisch gebeurt, de patiënt beperkte kennis heeft en de arts als belangrijke rol wordt gezien. Dit zal ook bijdragen tot het in kaart brengen van barrières die patiënten ervaren.

INHOUDSTAFEL:

1. INLEIDING 4

2. METHODEN 8

2.1 STUDIEDESIGN 8
2.2 UITZETTEN VAN DE VRAGENLIJST 8
2.3 STATISCHE ANALYSE 8
2.4 ETHISCHE GOEDKEURING 9

3. RESULTATEN 10

3.1 AUDIT 10
3.2 VRAGENLIJST 10
3.2.1. RESPONS 10
3.2.2 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS 10
3.2.3 RESULTATEN VAN DE VRAGENLIJST 10
3.2.4 CORRELATIES 14

4. DISCUSSIE 15

5. BESLUIT 17

REFERENTIES 18

BIJLAGEN 22

1. INLEIDING

Vragen rond seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA’s) zijn een frequente aanleiding om de huisarts te contacteren (1). Wanneer we over SOA’s spreken, gaat dit vaak over de ‘grote 5’, namelijk: Chlamydia, gonorroe, syfilis, hepatitis B en HIV. We zien dat in Vlaanderen de incidentie van chlamydia, gonorroe en syfilis tussen 2016 en 2023 blijft stijgen (2),(3,4).

Chlamydia staat bovenaan de lijst van meest gerapporteerde seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) in België. Tussen 2017 en 2019 is het aantal geregistreerde gevallen gestegen van 68,6 per 100.000 inwoners naar 77,0 per 100.000 inwoners. De incidentie in de Vlaamse huisartsenpraktijk in 2021 wat betreft chlamydia-infecties is 0,14 per 1000 vrouwelijke patiënten (5). Voor mannen was dit 1,67 per 1000 patiënten.
Gonorroe vertoont sinds 2017 eveneens een stijgende trend. In België is het aantal registraties toegenomen van 17,8 per 100.000 inwoners in 2008 tot 26,0 per 100.000 inwoners in 2019. De incidentie van gonorroe in de Vlaamse huisartsenpraktijk in 2021 is volgens cijfers van Intego voor vrouwen en mannen respectievelijk 0,12 en 0,46 per 1000 patiënten. Syfilis laat over dezelfde periode (2017-2019) ook een stijging zien in België, van 16,3 per 100.000 inwoners naar 21,6 per 100.000 inwoners.

Gedurende de periode 2017-2019 heeft een groter aantal mannen dan vrouwen een bezoek gebracht aan de huisarts voor een soa-consultatie, met name 57,8% mannen en 42,2% vrouwen (5). Een aanzienlijke meerderheid van 84,5% van de patiënten valt binnen de leeftijdscategorie van 15 tot 44 jaar, waarbij het merendeel zich in de leeftijdsgroep van 15 tot 29 jaar bevindt (55,4%). Slechts twee patiënten, oftewel 0,4%, waren jonger dan 15 jaar, terwijl twee patiënten ouder waren dan 75 jaar.
Ongeveer 54,7% van de artsen meldt dat de aanwezigheid van symptomen gerelateerd aan een soa de reden is voor een consult. Screening, zowel op initiatief van de arts als op verzoek van de patiënt, wordt vaak (33%) uitgevoerd om soa op te sporen. Het ontdekken van een soa bij een partner is eveneens een veel voorkomende aanleiding voor opvolging. Huisartsen stellen doorgaans de diagnose van soa's na een consult met klachten over een of meer symptomen zoals urethritis, proctitis of cervicitis.

De diagnostiek van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) is van belang vanwege de potentiële ernstige gevolgen van onbehandelde SOA's. Deze aandoeningen verspreiden zich voornamelijk via onbeschermde seks en kunnen tevens overgedragen worden tijdens zwangerschap, bevalling, borstvoeding en via besmet bloed.
Onbehandelde SOA's kunnen onder meer resulteren in neurologische en cardiovasculaire ziekten, onvruchtbaarheid, buitenbaarmoederlijke zwangerschap, doodgeboorte en een verhoogd risico op het humaan immunodeficiëntievirus (HIV) (6–13). Ze worden tevens geassocieerd met stigma en hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven (14,15).
Omdat de meeste SOA's asymptomatisch verlopen, is een vroege diagnose van essentieel belang. Indien er zich toch symptomen voordoen, bestaan deze vaak uit vaginale of urethrale afscheiding, genitale ulcera en lage buikpijn.
Trichomonas, chlamydia, gonorroe en syfilis behoren tot de meest voorkomende en behandelbare SOA's, maar de opkomende antimicrobiële resistentie vormt een toenemende bedreiging. We denken hierbij bijvoorbeeld aan onbehandelbare Gonorroe (16).
Virale SOA's, waaronder HIV, herpes simplex-virus (HSV), virale hepatitis B, humaan papillomavirus (HPV) en humaan T-lymfoïd virus type 1 (HTLV-1), kennen beperkte

behandelingsmogelijkheden. Vaccinaties zijn beschikbaar voor hepatitis B ter preventie van infecties die kunnen leiden tot leverkanker, en voor HPV ter voorkoming van baarmoederhalskanker (17,18). HIV, HSV en HTLV-1 zijn levenslange infecties waarvoor momenteel geen genezing mogelijk is, hoewel behandelingen beschikbaar zijn om het virus te onderdrukken.
Correct en consistent gebruik van condooms vormt een effectieve methode ter bescherming tegen SOA's en HIV (19–22). Screenen met vroege diagnose van personen met SOA's en hun seksuele partners biedt de beste kans op effectieve behandeling en het voorkomen van complicaties en verdere transmissie.

De aanpak van consultaties rond SOA’s stopt niet bij de behandeling en individuele aanpak van de aandoening. Er is een belangrijk preventief luik om verdere verspreiding van SOA’s te voorkomen. Hier bevindt zich het partnermanagement.
Synoniemen zijn partnerwaarschuwing en partnernotificatie. Partnermanagement wordt volgens de Nederlandse Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) gedefinieerd als het proces waarin cliënten en hun partner worden geïnformeerd, gewaarschuwd, getest en behandeld (23). Het belang van partnermanagement komt tot uiting in zijn functie als een collaboratieve interventie gericht op het voorkomen van verdere overdracht van infecties (24). Een succesvol partnermanagement voorkomt niet alleen herinfectie bij de indexpatiënt, maar draagt ook bij aan het onderbreken van de transmissie in de populatie(25). Dit door de gemiddelde duur van infecties in de populatie te verkorten, wat uiteindelijk de prevalentie van soa's en complicaties ervan vermindert.

Volgens het draaiboek van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) kan partnermanagement op zes verschillende manieren uitgevoerd worden. De eerste methode is partnerwaarschuwing door de indexcliënt (*patient referral*), waarbij de indexcliënt zelf verantwoordelijkheid neemt om de sekspartner(s) te informeren. Ten tweede is er partnerwaarschuwing door de hulpverlener (*provider referral*), waarbij de professional de seksuele partner(s) waarschuwt met toestemming van de indexcliënt en diens anonimiteit wordt gewaarborgd. De derde aanpak is partnerwaarschuwing aan de hand van een contract tussen de indexcliënt en hulpverlener (*contract referral*). In dit contract wordt een periode vastgesteld waarbinnen de indexcliënt zijn/haar sekspartner(s) moet waarschuwen; als dit niet lukt, neemt de professional de verantwoordelijkheid over. Bij de vierde methode, partnerwaarschuwing door indexcliënt en hulpverlener samen (*dual referral*), wordt de sekspartner uitgenodigd voor een gesprek waarin de informatie wordt verstrekt, waarbij van tevoren wordt afgesproken wie welke rol op zich neemt. Bij netwerkwaarschuwing (*network notification*), de vijfde methode, wordt het seksuele netwerk van de indexcliënt gewaarschuwd, bestaande uit bekende personen die met elkaar seks hebben gehad. Tot slot is er de locatiewaarschuwing, waarbij het gaat om het waarschuwen binnen netwerken waar niet per se directe seksuele contacten met de cliënt hebben plaatsgevonden, maar waar de verspreiding van soa's wel plaatsvindt.
Een bijkomend principe is dat van EPT (*Expedited Partner Therapy*). Bij deze manier van werken geven we de indexpatiënt, na bevestiging van infectie, een bijkomend voorschrift mee ter behandeling van zijn of haar seksuele partner(s), zonder deze eerst op consultatie te zien (23).
Verbeterde therapie voor partners kan de herinfectie met bijna 30% verminderen, terwijl doorverwijzing door zorgverleners effectief blijkt te zijn voor patiënten die terughoudend zijn

om zelf hun partners op de hoogte te stellen (26,27). In 2019 werd het online platform Partnertalert opgericht (28). Via dit platform kunnen personen hun partners inlichten over een recente soa infectie.

Eerdere studies toonden reeds aan dat de implementatie van een systematisch partnermanagement tot op heden vaak te wensen overlaat(29–31). In het rapport "Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV" van het European Centre for Disease Prevention and Control, wordt een overzicht gegeven van de opvattingen en houdingen ten opzichte van partnermelding (32). Deze technische analyse is gebaseerd op dertien patiënt-gebaseerde kwalitatieve studies. De deelnemers aan verschillende onderzoeken beschouwden partnermelding als een ethische verantwoordelijkheid, met nadruk op het altruïstische karakter ervan. Onder mannen die seks hebben met mannen (MSM) werd partnermelding geassocieerd met zowel 'vrijheid van seksueel plezier' als het voorkomen van nadelige gezondheidsresultaten. Bezorgdheid over mogelijke blootstelling door partnermelding kwam naar voren bij MSM die niet openlijk homo- of biseksueel waren. Homoseksuele mannen vreesden te worden beschouwd als dragers van infecties, terwijl vrouwen aarzelden vanwege de vrees voor stigmatisering als 'losbandig'. Opvallende verschillen in houdingen ten opzichte van het informeren van seksuele partners en naalduitwisselingspartners werden waargenomen onder drugsgebruikers. Studies gericht op partnermelding voor HIV binnen de populatie van injecterende drugsgebruikers benadrukten de noodzaak ervan voor het indammen van de verspreiding van HIV en het aanmoedigen van testen en behandeling. Emotionele reacties op een SOA- of HIV-diagnose, met name bij adolescente meisjes en vrouwen, omvatten gevoelens van besmetting, wangedrag, walging, angst en schuld, wat van invloed kan zijn op de houding ten opzichte van partnermelding. Uitzonderingen op het waargenomen belang van partnermelding werden gedocumenteerd, waarbij Afrikaans-Amerikaanse mannen bezorgdheid uitten over mogelijk verlies van relatiestatus en associaties van SOA's met homoseksualiteit in hun gemeenschap. Reed et al. (2015) (33) onderzochten de drempels die jongeren tussen 14 en 21 jaar oud ervaren met betrekking tot de notificatie van hun partners na de diagnose van een SOA. Zij vermeldden hierin een belangrijke angst voor de gevolgen voor hun relatie met hun partner, de reactie van deze partner, sociale stigmata en een gebrek aan kennis over SOA’s of het inschatten van SOA’s als weinig ernstig. Als drempels voor partnerbehandeling werden praktische moeilijkheden, angst voor positieve testresultaten en gebrek aan voldoende kennis aangegeven. De voorkeur betreffende de manier van partnernotificatie varieerde, maar een meerderheid van 80% vond *provider referral* een acceptabele methode, voornamelijk telefonisch.

Studies naar effectiviteit van verschillende vormen van partnermanagement bij SOA’s met voldoende bewijskracht zijn eerder schaars. Een klein aantal studies vergeleek reeds de verschillende methodes van partnermanagement met verschillende uitkomstmaten. De IUSTI (*International Union Against Sexually Transmitted Infections*) publiceerde in 2015 een richtlijn (34) voor partnermanagement bij patiënten met SOA’s. Zij concludeerden dat EPT (*expedited partner therapy*) en *provider referral* minder herinfectie van de indexcliënt en meer behandeling van hun partners bekomen dan *patient referral.* Echter valt wel te noteren dat wanneer de cliënt voldoende wordt geïnformeerd, geëduceerd en hulpmiddelen zoals brochures of internetlinks krijgt aangeboden, dit betere resultaten boekt dan wanneer dit niet gebeurt. Dit wordt ook wel “*enhanced patient referral*” genoemd, in contrast met “*simple patient referral*”

waarbij de cliënt enkel gewezen wordt op het feit dat die zijn partner(s) dient in te lichten. Dalal et al. (2017) bevestigden het voordeel van enhanced patient referral in hun meta-analyse in de context van HIV-positieve indexcliënten (35). Hoewel vermoedelijk een effectieve strategie, brengt *expedited partner therapy* (EPT) ethische of medicolegale kwesties met zich mee. Layton et al. (2020) (36) schreven een review naar de aanvaardbaarheid van EPT bij patiënten na de diagnose van een Chlamydia-infectie. Het aandeel patiënten die EPT aanvaardde varieerde sterk tussen onderzoeken. Als verklaring geven zij hiervoor de grote interindividuele verschillen tussen patiënten en de unieke aspecten van hun relaties die moeilijk in te schatten zijn door de zorgverlener. Wel suggereren ze een grotere aanvaarding bij patiënten in een langdurige relatie ten opzichte van eenmalige seksuele contacten. Jamison et al.(37) onderzochten de kennis over en aanvaardbaarheid van EPT bij jongeren via een korte survey. Zij concludeerden dat, hoewel slechts een minderheid reeds kennis had over het principe van EPT, de meerderheid hier wel voor open stond. Naast aanvaardbaarheid van EPT voor patiënten spelen ook medicolegale aspecten een rol in het debat over EPT. Enkele Amerikaanse studies uitten hun bezorgdheid reeds naar de kwestie van aansprakelijkheid (38) bij het voorschrijven en behandelen van patiënten die niet door de zorgverlener werden gezien. Ook de mogelijkheid van overbehandeling en de toename in therapieresistente kiemen moet afgewogen worden tegen de mogelijke daling in incidentie van SOA's (39). Uit enkele studies blijkt dat de gangbare methodes van partnermanagement in de eerste lijn vaak tekortschieten ((40),(30). Rose et al. (2018) (31) voerden een dossieronderzoek uit in de eerste lijn waaruit bleek dat in slechts de helft van alle contacten een adequate seksuele anamnese vermeld werd en dat 75% van de contacten wel een vermelding maakt van partnernotificatie, maar meestal van het type *patient referral.* Het is onduidelijk of het hier gaat om *simple patient referral* of *enhanced patient referral.* Slechts 24% van de patiënten werd hertest. Ook blijkt dat artsen verschillende drempels (29) ervaren in het toepassen van partnermanagement. Hieronder zien we het gebrek aan een goed framework, incomplete anamnese en een gebrek aan feedback van de effectiviteit van partnermanagement. Rose et al. (2021) (41) onderzochten het effect en de bruikbaarheid van een gestandaardiseerd formulier voor SOA-consultatie in de eerste lijn met een gunstig effect op de documentatie van de seksuele anamnese en de behandeling van de indexpatiënt en diens partner.

De discordantie tussen het hierboven reeds besproken belang van correct partnermanagement enerzijds en studies die suggereren dat partnermanagement eerder zelden efficiënt wordt toegepast anderzijds vertelt ons dat een verdere investigatie naar de ideeën en drempels bij patiënten nuttig is om de implementatie van een correct partnerbeleid te vergemakkelijken. Zo willen we weten welke manier van beleid patiënten verkiezen, waarom ze deze verkiezen en welke drempels ze ervaren. Deze informatie kan bijdragen aan het wegnemen van enige schroom of andere drempels bij clinici en het implementeren van systematiek wanneer het om SOA consulten gaat.

2. METHODEN

2.1 STUDIEDESIGN

Om inzicht te krijgen in de aanpak van partnermanagement bij SOA in de eerste lijn hebben we eerst een audit uitgevoerd in het dossiersysteem van de eigen praktijk. Vervolgens hebben we een vragenlijst opgesteld die we anoniem laten invullen met als doel inzicht te krijgen in de ideeën en kennis van patiënten rond partnermanagement bij SOA's.

A. Audit

Om inzicht te krijgen in het huidige beleid, wordt er als pilot een audit uitgevoerd in de elektronische medische dossiers van patiënten met een Globaal Medisch Dossier (GMD) in de huisartsenpraktijk waar de stage plaatsvindt. Dit heeft als doel om te beoordelen in welke mate partnermanagement wordt uitgevoerd en genoteerd. Hiervoor werd gezocht volgens de 'Big Five' SOA's (chlamydia, gonorroe, syfilis, hepatitis B en HIV) als gecodeerde kernwoorden in consultatienota's jonger dan 5 jaar oud. Negatieve testresultaten werden geëxcludeerd, evenals opvolgconsulten van een bekende aandoening. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de opvolging van een chronische hepatitis B.

B. Vragenlijst

Voor het feitelijke onderzoek zal een online vragenlijst worden gebruikt om patiënten te bevragen over partnermanagement (bijlage 1). De vragenlijst is tweeledig opgebouwd en bevraagt anonieme patiëntgebonden karakteristieken, zoals leeftijd, geslacht, aard en aantal van seksuele relaties, voorgeschiedenis van SOA's, onderwijsniveau en provincie. Vervolgens wordt er gepeild naar kennis over SOA's en ervaringen met, mening over, en voorkeur voor de verschillende vormen van partnermanagement. De antwoorden worden zo veel mogelijk gegeven op een Likert-schaal van 1 tot 7 om een gestratificeerd beeld te verkrijgen.

2.2 UITZETTEN VAN DE VRAGENLIJST

Voor de rekrutering werd een vragenlijst verspreid onder jongeren van 16 tot 29 jaar oud via de huisartspraktijken van beide onderzoekers, de promotor en copromotor en via digitale media. Daarnaast zal de vragenlijst ook verspreid worden aan een huisartsenpraktijk die meer gericht is op jongeren, met name onder de doelgroep die consulteert bij de huisartsen/studentenartsen van het Medisch Psychotherapeutisch Centrum van de KU Leuven. In eerste instantie werd ook gepoogd om de vragenlijst te verspreiden onder een breder doelpubliek van jongeren via Sensoa of het jongerenplatform 'WatWat'. Beide platformen gaven echter aan niet met externe onderzoekspartners te werken in kader van onderzoek.

De inclusiecriteria voor deelnemers aan het onderzoek zijn mannen en vrouwen tussen 16 en 29 jaar oud, die inwoners zijn van België. Een eerdere diagnose van een seksueel overdraagbare aandoening is niet noodzakelijk voor inclusie in de studie.

Voor de start van de vragenlijst wordt aan deelnemers duidelijk gemaakt dat deelname volledig vrijblijvend en anoniem is. Niet afgemaakte vragenlijsten worden niet opgeslagen of gebruikt in de berekening van resultaten.

2.3 STATISCHE ANALYSE

Voor de berekening van de steekproefgrootte werd gebruik gemaakt van Raosoft sample size calculator(42). Bij de berekening gaan we uit van een foutmarge van 5% en wensen we een betrouwbaarheidsinterval van 95% te bereiken. De respons distributie is onbekend dus zetten

we op het hoogst mogelijke percentage met name 50%. Voor deze vragenlijst wordt een aanbevolen steekproefgrootte van 377 respondenten voorgesteld.

De vragenlijsten zullen door de respondenten geanonimiseerd ingediend worden via online survey Qualitrics. De output in Excel Format zal verwerkt worden met behulp van SPSS statistisch programma (IBM SPSS Statistics v28.0). Eerst zal er descriptieve statistiek beschreven worden met de geanonimiseerde patiëntenkarakteristieken (leeftijd, geslacht, eerdere SOA, opleidingsniveau, en andere bovenbeschreven kenmerken) en de antwoorden op de vragen rond partnermanagement. Vervolgens zal met behulp van logistische regressie gekeken worden of er mogelijke verbanden zijn tussen de patiënt karakteristieken en de antwoorden met betrekking tot partnermanagement.

2.4 ETHISCHE GOEDKEURING

Het protocol van de studie werd voor aanvang goedgekeurd door de Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek in delegatie van het EC Onderzoek van UZ/KU Leuven (MP023097).

3. RESULTATEN

3.1 AUDIT

We voerden een audit uit van de elektronische medische dossiers in de huisartsenpraktijk waarin we beiden werkzaam waren aan de start van ons onderzoek. Dit met als doel een beeld te schetsen van hoe en of partnermanagement in de dagelijkse praktijk wordt toegepast en genoteerd. In de audit uitgevoerd in de praktijk van HAIO dr. Dierick bekwamen we 85 resultaten, waarvan 60 werden geëxcludeerd. Van de overige 25 consulten werd in 7 gevallen partnermanagement besproken (28%). De audit uitgevoerd in de praktijk van HAIO dr. Hermans toonde 121 resultaten. Hiervan werden er 104 geëxcludeerd. In slechts 4 van de overige 17 consulten werd enige notie gemaakt van partnermanagement (23,5%).
Beide audits toonden aan dat partnermanagement te weinig wordt besproken in desbetreffende praktijken: in slechts 23,5% en 28% van de consulten waarin een patiënt positief testte op een SOA werd enige vernoeming gemaakt van partnerbeleid in het dossier.
Een opmerking bij deze audit is dat enkel gecodeerde diagnoses werden meegenomen in de resultaten. Hierdoor ligt het aantal consulten in de audit relatief laag. Niet-gecodeerde diagnoses of gebrekkig ingevulde dossiers werden niet opgepikt door de audit en dus niet bij de resultaten geteld.

3.2 VRAGENLIJST

3.2.1. RESPONS

De vragenlijst verzamelde 145 respondenten over een periode van 10 maanden (02/05/2023 - 03/02/2024). 136 van deze antwoorden werden volledig ingevuld en gebruikt in de analyse. 78 (53.8%) deelnemers vonden onze lijst via digitale media, 26 (17.9%) via de Huisartsenpraktijk (Stuvo) KU Leuven, en 32 (22.1%) via de eigen huisartsenpraktijken.

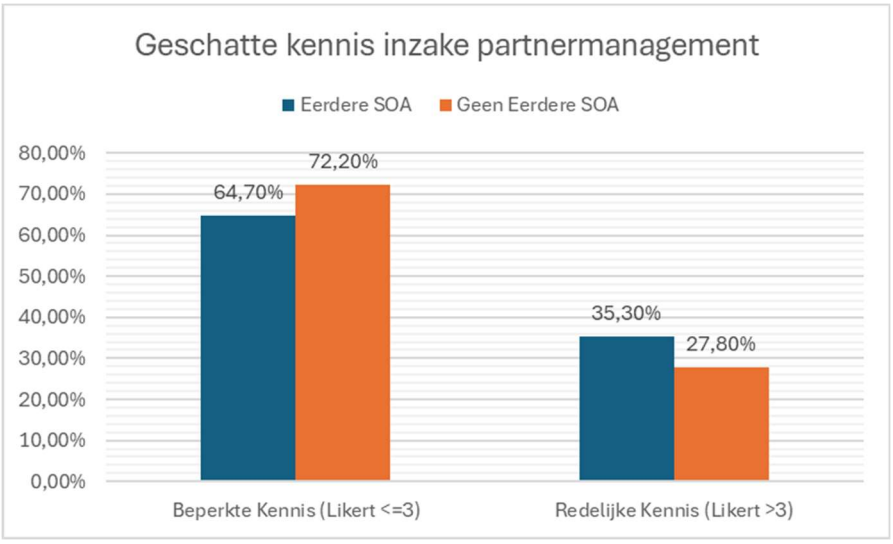
3.2.2 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bedroeg 23,3 jaar, hetgeen in lijn is met de leeftijdsgroep 15 tot 29 jaar die het meest op raadpleging komt bij de huisarts voor SOA-gerelateerde klachten (2). 76.6 procent van de respondenten in de vragenlijst was vrouwelijk (104 vrouwen vs. 32 mannen). Een merendeel van de deelnemers (105; 77.2%) genoot hoger onderwijs. 109 (80.1%) van de respondenten zijn heteroseksueel, 18 (13.2%) biseksueel, 7 (5.1%) homoseksueel en 2 (1,5%) identificeren als queer.

3.2.3 RESULTATEN VAN DE VRAGENLIJST

24 (17,6%) van de deelnemers duiden aan dat ze reeds eerder de diagnose van een soa kregen. Bij de meerderheid was dit chlamydia (61.1%) en bij een minderheid Herpes (16.7%), Gonorroe (11.1%), Syfilis (11.1%), HIV (5.6%), Hepatitis B (5.6%) en andere (22.2%).
Bij 83% ging het om een eenmalige diagnose en 83% zocht hiervoor hulp bij de huisarts.
Bij 65% speelde de huisarts een belangrijke of zeer belangrijke rol in de behandeling van de aandoening, maar in slechts 6% had de huisarts een belangrijke of zeer belangrijke rol in het partnermanagement gespeeld.

Wanneer we kijken naar de mate van kennis omtrent partnermanagement, geeft 64,7% van de deelnemers die reeds een SOA hebben gehad een score van 3 of lager op de Likert schaal (score van 1-7), met 35,3% een score van 1 (‘niet bekend’ met concept partnermanagement). In de groep van deelnemers die nog nooit de diagnose SOA hebben gekregen, geeft 72,2% een score van 3 of lager, met 52,8% een score van 1.(fig. a)

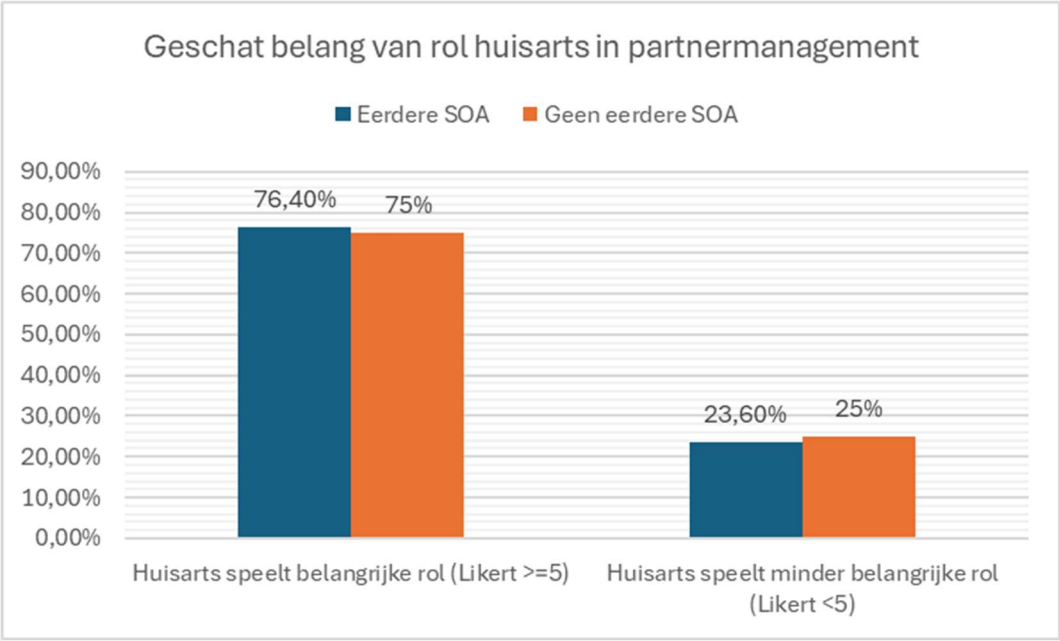


a. Eigen kennis over partnermanagement geschat door deelnemers

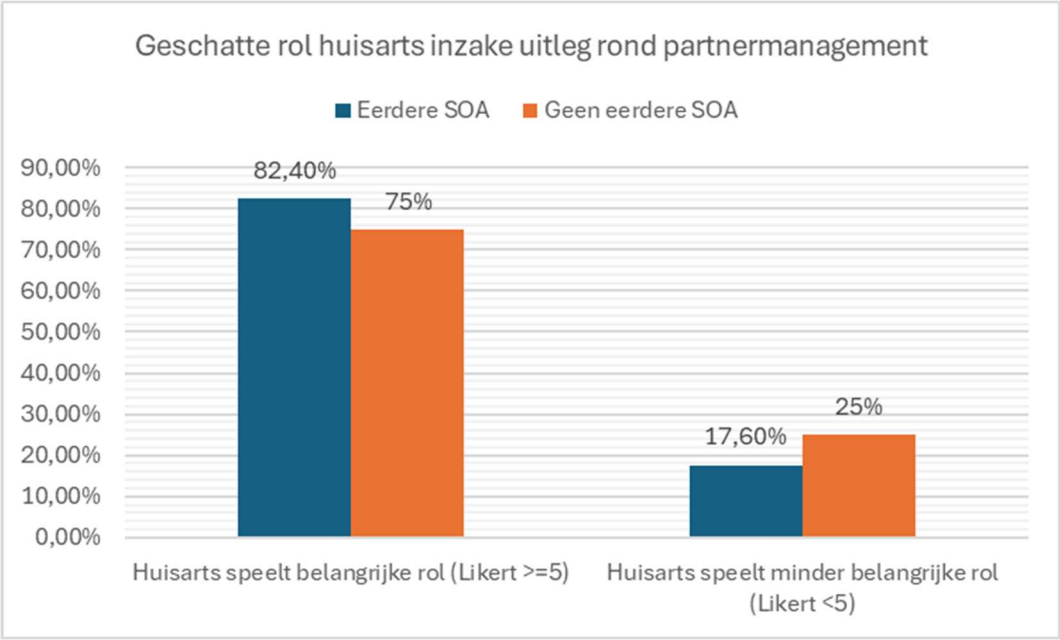
In de groep van deelnemers met reeds een diagnose van SOA, wordt de rol van de huisarts in partnermanagement door 76,4% van de deelnemers gescoord met een score van 5 of hoger, waarvan 29,4% een score van 7 (‘zeer belangrijke’ rol). Bij deelnemers zonder een eerdere diagnose van SOA, wordt de rol van de huisarts door 75% van de deelnemers beoordeeld met een score van 5 of hoger, waarvan 24% een score van 7.(fig. b)

Wanneer de diagnose van een SOA gesteld werd, werd de rol die de huisarts effectief had gespeeld inzake partnermanagement in 58,8% van de deelnemers gescoord met 3 of lager, waarvan 35,3% met score 1 (‘geen rol’ gespeeld). Wat betreft behandeling speelde de huisarts in 52,9% een zeer belangrijke rol (score 7), met een totaal van 70,9% waar een score van 5 of meer werd gegeven.

De rol van de huisarts inzake uitleg over SOA’s en partnermanagement wordt door de groep met eerdere diagnose van SOA door 82,4% en de groep zonder eerdere diagnose door 75% als belangrijk ingeschat (score 5 of hoger). De rol van familie en vrienden werd door 35,3% en 61% even hoog gescoord binnen beide groepen respectievelijk. Het internet krijgt een score van 5 of meer door 88,2% en 66% binnen de groepen met en zonder SOA diagnose. (fig. c)

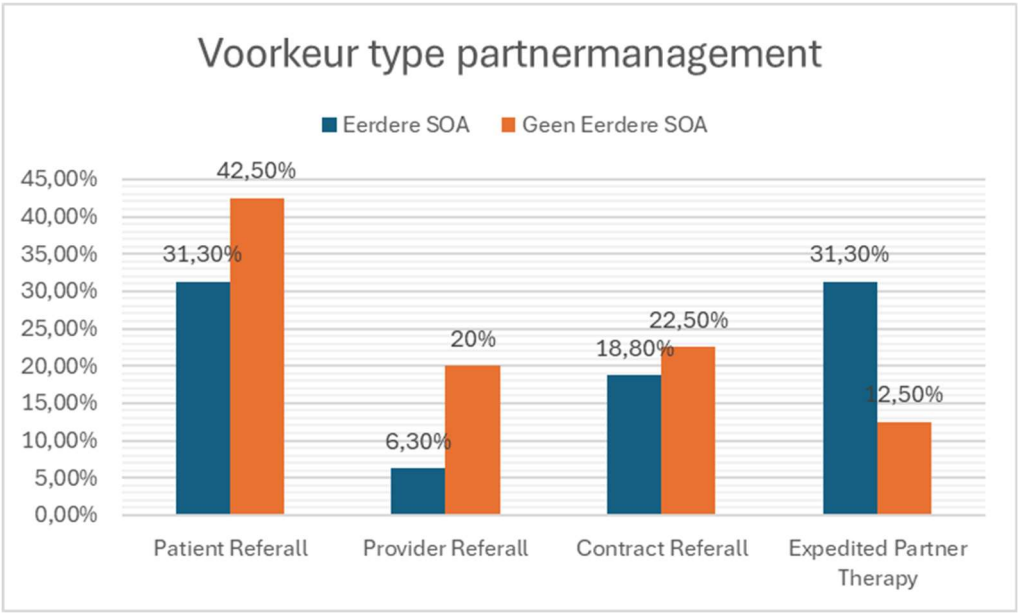


b. Geschat belang door deelnemers van de rol van de huisarts in partnermanagement



c. Geschatte rol van de huisarts inzake uitleg over SOA's en partnermanagement

De voorkeur voor het type partnermanagement ligt voornamelijk bij Patient Referral (31,3% en 42,5% binnen de groepen met en zonder SOA's diagnose). Expedited Partner Therapy genoot de voorkeur bij 31,3% van de deelnemers in de groep met een eerdere diagnose, maar slechts bij 12,5% van de deelnemers in de andere groep. Een kleiner deel koos voor Provider Referral (6,3% en 20%) of Contract Referral (18,8% en 22,5%).(fig. d)



d. Voorkeur voor type partnermanagement van deelnemers

We vroegen de deelnemers naar de drempels die ze ervaren om hun partners in te lichten na het krijgen van de diagnose van een SOA en welke factoren hierin een rol spelen. De grootte van de drempel werd aangegeven door een Likertschaal tussen 1 (grote drempel, partner niet inlichten) en 7 (geen enkele drempel, partner direct inlichten). In de groep met eerdere diagnose geeft 25% aan geen enkele drempel te ondervinden (score 7). In de andere groep is dit 30%. 25% geeft een significante drempel aan (score 3 of lager) in de eerste groep met SOA diagnose en 18,8% in de groep zonder diagnose.

Bij doorvragen naar welke drempels de deelnemers het meest zouden verhinderen om hun partner in te lichten, kwam in de groep van deelnemers met reeds diagnose van een SOA de angst voor lichamelijke gevolgen en de opinie van anderen als meest gekozen drempel. Dit met respectievelijk een mediaanscore van 5 (en gemiddelde score 4,31) en 4 (en gemiddelde score 3,44) op de schaal van Likert, met een score 7 als ‘zeer grote invloed’.
In de groep van deelnemers zonder een eerdere diagnose van SOA, had de drempel ‘relationele problemen’ de grootste invloed, met een mediaanscore van 5 (en gemiddelde score 4,28) op de schaal van Likert. Opinie van anderen en angst voor lichamelijke gevolgen hadden beide een mediaanscore van 3 en respectievelijk een gemiddelde score van 3,23 en 3,46.

Na het krijgen van de diagnose SOA, rapporteert 64,7% van de deelnemers dat er partnermanagement besproken is geweest met een zorgverlener.

1 deelnemer in de groep van deelnemers met diagnose SOA rapporteerde een negatieve ervaring te hebben gehad met een zorgverlener, zonder verdere duiding. 4 deelnemers in de groep zonder SOA rapporteerden dat ze een negatieve ervaring hebben gehad met een zorgverlener rond de bespreking van partnermanagement. Hier komen voornamelijk de argumenten naar boven van gebrekkige anamnese, ironische opmerkingen en assumpties rond seksualiteit naar boven. (bijlage 3 en 4)
Wanneer gevraagd wordt of er positieve ervaringen met zorgverleners zijn geweest omtrent partnermanagement, rapporteren 9 deelnemers (52,9%) van de deelnemers die reeds SOA

hebben gehad en 17 deelnemers (21%) van de deelnemers die nog geen SOA hebben gehad dat ze een positieve ervaring hebben gehad. In beide groepen ligt hier goede communicatie en een open houding centraal.
We vroegen alle deelnemers naar manieren om de drempel tot het bespreken van partnermanagement te verlagen. Hierin kwamen verschillende argumenten herhaaldelijk naar boven (bijlage 2). De meeste genoemde argumenten houden verband met open communicatie en destigmatisering. Veel deelnemers ondervinden nog steeds een taboe rond SOA's of rond hun seksualiteit. Een ander frequent voorstel is het aangaan van het gesprek door de zorgverlener, rechtstreeks of via een flyer in de wachtzaal. Ook informatie rond het belang van de behandeling van SOA's werd meermaals vernoemd als een faciliterende factor.

3.2.4 CORRELATIES

Er is geen significant verschil in aantal SOA-diagnoses tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten (Fisher's Exact Test; p = 1, effect size 0,0294). Ook de voorkeur voor het type partnermanagement was niet verschillend volgens geslacht in zowel de groep met eerdere SOA-diagnose (Chi-Squared Test; p = 0,272, effect size 0,631) als zonder eerdere diagnose (p =0,791, effect size 0,146).
Er werd onderzocht of er een verband is tussen kennis over partnermanagement en de leeftijd, maar hier werd geen correlatie gevonden in beide groepen respondenten met en zonder SOA-diagnose (Ranked ANOVA; p = 0,472, effect size = 1,17 en p = 0,162, effect size = 0,370). Wel valt een correlatie op tussen het hoogst behaalde diploma en de frequentie van een SOA-diagnose. Een groter aandeel deelnemers met een bachelordiploma hadden eerder de diagnose SOA gekregen vergeleken met de andere groepen (Chi-Squared Test; p = 0,00573, effect size = 0,276). In de groep niet-heteroseksuele deelnemers merken we eveneens een hoger aandeel mensen met een eerdere diagnose van SOA (p = 0,00573 , effect size = 0,276).

Het geschatte belang van de rol van de huisarts inzake partnermanagement is in beide groepen deelnemers niet gecorreleerd aan de geschatte kennis over partnermanagement. Wel merken we bij de deelnemers die eerder een diagnose kregen van SOA een positieve correlatie tussen de rol die de huisarts bij de behandeling en bij het partnermanagement speelde (p = 0,0133, BI 0,148 tot 0,833 en effect size volgens Pearson's r = 0,587).
Wanneer we de relatie onderzoeken tussen het bespreken van partnermanagement en eerdere positieve ervaringen hiermee bemerken we een positieve correlatie (Fisher's exact test; p = 0,0498, effect size volgens Cramér's V = 0,537). Met negatieve ervaringen bemerken we geen correlatie (p = 0,125).

4. DISCUSSIE

Seksueel overdraagbare aandoeningen zijn een groeiend probleem waarvoor de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt is (1-3). Naast lichamelijke gevolgen worden ze ook geassocieerd met stigmata en een verminderde kwaliteit van leven (5-14). Om verdere verspreiding van de aandoeningen te voorkomen is partnermanagement essentieel. Dit wordt volgens de Nederlandse Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) gedefinieerd als het proces waarin cliënten en hun partner worden geïnformeerd, gewaarschuwd, getest en behandeld (23). Onze studie in de vorm van een vragenlijst had als doel de kennis over partnermanagement bij patiënten in kaart te brengen alsook hun voorkeuren rond dit onderwerp en de drempels die ze ervaren.

We hebben geen significant verschil gevonden in het aantal SOA-diagnoses tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten. Wanneer dit vergeleken wordt met cijfers in de Vlaamse huisartsenpraktijk, zien we dat daar een hogere incidentie is bij patiënten van het mannelijk geslacht (4). Dit verschil kan mogelijk te verklaren zijn dat er proportioneel meer vrouwen dan mannen hebben deelgenomen aan de vragenlijst (76,7% vrouwen). Dit is een bekend fenomeen. Vrouwelijke en hoger opgeleide mensen nemen vaker deel aan dit type vragenlijsten. (43)

Een belangrijk resultaat is dat een aanzienlijk percentage van de deelnemers, zowel degenen die eerder een SOA-diagnose hadden gekregen (64,7%) als degenen die dat niet hadden (72,2%), een lage mate van bekendheid met het concept van partnermanagement rapporteerden (score van 3 of lager op een Likert-schaal van 1-7).

Ondanks deze lage bekendheid, werd de rol van de huisarts in partnermanagement door een meerderheid van de deelnemers in beide groepen als belangrijk beschouwd (76,4% en 75% respectievelijk gaven een score van 5 of hoger). Dit suggereert dat er een erkenning is van de rol van gezondheidsprofessionals in dit proces, ondanks een algemeen gebrek aan kennis. Het belang van de huisarts in partnermanagement wordt bevestigd in een studie van Gorbach et al.(44) waar een derde van de patiënten hun partners niet zelfstandig (patiënt referral) op de hoogte bracht uit schaamte of angst voor reputatie of veiligheid. Het type relatie dat de patiënt heeft (monogaam vs niet-monogaam), is volgens de studie van Gorbach et al. mee bepalend in het al dan niet uitvoeren van zelfstandig partnermanagement. Deze relatie moet steeds door de huisarts bevraagd worden.

Hoewel de huisarts als belangrijk werd beschouwd in het partnermanagement werd de daadwerkelijke rol die de huisarts had gespeeld bij partnermanagement na diagnose van een SOA door 58,8% van de deelnemers beoordeeld met een score van 3 of lager. In slechts 6% had de huisarts een belangrijke tot zeer belangrijke rol gespeeld. Dit suggereert een discrepantie tussen de verwachte en de ervaren rol van de huisarts.

Wat betreft de voorkeur voor het type partnermanagement, was patient referral de meest populaire keuze in beide groepen. Echter, expedited partner therapy werd aanzienlijk meer geprefereerd door deelnemers met een eerdere SOA-diagnose (31,3%) in vergelijking met degenen zonder (12,5%). In de studie van Reed et al. was een meerderheid van 80% die telefonisch provider referral als voorkeursmethode opgaf (32%). De voorkeur voor het type partnermanagement was niet statistisch significant verschillend volgens geslacht, ongeacht of de respondenten eerder een SOA-diagnose hadden gehad of niet.

In termen van barrières om partners te informeren na een SOA-diagnose, waren er verschillen tussen de groepen. In de groep met een eerdere diagnose waren de angst voor lichamelijke

gevolgen en de mening van anderen de meest gekozen barrières. In de groep zonder eerdere diagnose was de grootste barrière relationele problemen. In de studie van Reed et al. werden de praktische moeilijkheden, angst voor positieve testresultaten en gebrek aan voldoende kennis aangegeven als barrières voor partnermanagement (32). In het rapport "Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV" (ECDC) werden de vrees voor stigmatisering als 'losbandig' en de vrees te worden beschouwd als dragers van infecties bij respectievelijk vrouwen en homoseksuele mannen genoteerd als meest voorkomende barrières (31).

We hebben ook gekeken naar een mogelijk verband tussen kennis over partnermanagement en leeftijd. Hierbij werd geen correlatie gevonden in beide groepen respondenten, met of zonder SOA-diagnose. Onderzoek suggereert dat jongere mensen over het algemeen betere kennis hebben van SOA's en partnermelding in vergelijking met oudere personen(45). Dit komt waarschijnlijk door hogere percentages SOA-tests en onderwijs op scholen, evenals grotere toegang tot informatie via digitale technologieën. Het is echter belangrijk om op te merken dat kennis op zichzelf niet altijd leidt tot gezondheidsgedrag .
We hebben een correlatie opgemerkt tussen het hoogst behaalde diploma en de frequentie van een SOA-diagnose. Een groter aandeel deelnemers met een bachelorsdiploma had eerder de diagnose SOA gekregen vergeleken met de andere groepen. Een recente studie uitgevoerd in Nederlandse seksuele gezondheidscentra toonde een andere trend (46). Deze studie identificeerde lagere opleidingsniveaus als onafhankelijke determinanten van SOA's bij cliënten. Specifiek waren alle lagere opleidingsniveaus geassocieerd met een hogere prevalentie van gonorroe bij vrouwen en heteroseksuele mannen, en chlamydia bij vrouwen, heteroseksuele mannen en mannen die seks hebben met mannen (MSM). Bovendien waren zowel het (pre-)beroepssecundaire opleidingsniveau als het niveau van geen opleiding/lagere school geassocieerd met HIV bij MSM. Dit tegenstrijdige resultaat kan te verklaren zijn door de beperkte grootte van onze steekproef.
Tot slot hebben we een positieve correlatie opgemerkt tussen het bespreken van partnermanagement en eerdere positieve ervaringen hiermee. Dit impliceert dat positieve ervaringen met partnermanagement kunnen bijdragen aan een grotere bereidheid om dit onderwerp te bespreken.

Onze studie bereikte een breed doelpubliek uit een representatieve leeftijdsgroep, woonachtig in verschillende delen van het land, van verschillende geslachten en seksualiteiten en van verschillende opleidingsniveaus. De survey omvat een brede bevraging van verschillende aspecten van partnermanagement en polst naar manieren om de praktische uitwerkingen ervan te verbeteren. Er is geen belangenvermenging.

Wat betreft de beperkingen van de studie, moeten we rekening houden met mogelijke bias. Zoals hierboven vermeld, kan er sprake zijn van selectie/deelnamebias omdat mensen met interesse in dit onderwerp waarschijnlijker de vragenlijst zullen invullen.
Bovendien zijn observatiestudies zoals vragenlijst vaak beperkt qua flexibiliteit en diepgang. We zijn gebonden aan een voorgeprogrammeerde vragenlijst waarin het niet mogelijk is om een kwestie te nuanceren of meer te leren over hoe respondenten de vraag lijken te begrijpen, wat een grondig onderzoek van het onderwerp belemmert.
Daarnaast was onze steekproefgrootte beperkter dan initieel berekend (136 ipv 377 volgens Raosoft sample size calculator).

5. BESLUIT

Onze vragenlijst suggereert dat er een gebrek is aan bekendheid met partnermanagement, ondanks de erkenning van de belangrijke rol van huisartsen hierin. Er is een discrepantie tussen de verwachte en daadwerkelijke rol van de huisarts na een SOA-diagnose. Patient referral wordt het meest geprefereerd voor partnermanagement, maar expedited partner therapy wordt vaker gekozen door deelnemers met eerdere SOA-diagnoses. Er is een positieve correlatie tussen het bespreken van partnermanagement en eerdere positieve ervaringen. Deze bevindingen hebben implicaties voor toekomstige interventies en beleidsvorming op het gebied van SOA-preventie en -behandeling.
Voor de huisarts betekent dit concreet dat het belangrijk is om partnermanagement systematisch ter sprake te brengen met een open houding. Niet alleen omdat dit momenteel onvoldoende systematisch gebeurt, maar ook omdat algemene kennis bij jongeren hierover beperkt is, alsook mogelijke barrières in beeld gebracht kunnen worden. Het feit dat het bespreken van partnermanagement positief gecorreleerd wordt met een positieve ervaring bij de patiënt moet de drempel om het gesprek hierover aan te gaan verlagen. We vonden geen overduidelijke voorkeur voor één type partnermanagement, dus de uiteenzetting van de verschillende vormen dient steeds deel uit te maken van het gesprek. Respondenten gaven aan dat relationele problemen, de mening van anderen en angst voor lichamelijke gevolgen de belangrijkste barrières zijn om partners in te lichten. Deze onderwerpen bespreekbaar maken zal de succeskansen vermoedelijk doen stijgen. Om de drempel tot het bespreken van partnermanagement te verlagen kwamen verschillende voorstellen naar voren. Hierin stonden destigmatisering en open communicatie waarin de zorgverlener het initiatief neemt centraal.

Wat betreft toekomstig onderzoek kan verder gekeken worden naar de specifieke barrières die de patiënt ervaart en hoe deze concreet aangepakt kunnen worden. Daarnaast kan longitudinaal onderzoek een beter zicht geven over de effectiviteit van de verschillende manieren van partnermanagement.
Gezien onze focus lag op het patiëntenperspectief is verder onderzoek naar de drempels die huisartsen ondervinden een logisch en nuttig vervolg op deze thesis. Dit zowel op vlak van communicatie, stigma of onwetendheid als ook op vlak van praktische hindernissen voor het systematisch implementeren van partnermanagement tijdens het SOA-consult.

REFERENTIES

1. van den Broek IVF, Verheij RA, van Dijk CE, Koedijk FDH, van der Sande MAB, van Bergen JEAM. Trends in sexually transmitted infections in the Netherlands, combining surveillance data from general practices and sexually transmitted infection centers. BMC Fam Pract. 2010 May 20;11:39.

2. Berghe V. sciensano.be. [cited 2024 Mar 27]. Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen - Gegevens voor de periode 2017-2019. Available from: https://www.sciensano.be/nl/biblio/surveillance-van-seksueel-overdraagbare-aandoeningen-gegevens-voor-de-periode-2017-2019

3. Sensoa [Internet]. [cited 2024 Mar 27]. Cijfers over soa's in Vlaanderen. Available from: https://www.sensoa.be/seksueel-overdraagbare-aandoeningen-soas-feiten-en-cijfers

4. Epistat [Internet]. [cited 2024 Apr 20]. Available from: https://epistat.sciensano.be/dashboard/

5. Intego. intego.be. [cited 2024 Mar 27]. Tool · INTEGO. Available from: https://www.intego.be/resultaten/tool

6. Wasserheit JN. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis. 1992 Mar-Apr;19(2):61–77.

7. Weström L. Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. Am J Obstet Gynecol. 1980 Dec 1;138(7 Pt 2):880–92.

8. Goldenberg RL, Andrews WW, Yuan AC, MacKay HT, St Louis ME. Sexually transmitted diseases and adverse outcomes of pregnancy. Clin Perinatol. 1997 Mar;24(1):23–41.

9. Galvin SR, Cohen MS. The role of sexually transmitted diseases in HIV transmission. Nat Rev Microbiol. 2004 Jan;2(1):33–42.

10. Kennedy JLW, Barnard JJ, Prahlow JA. Syphilitic coronary artery ostial stenosis resulting in acute myocardial infarction and death. Cardiology. 2006;105(1):25–9.

11. Yao Y, Huang E, Xie B, Cheng Y. Neurosyphilis presenting with psychotic symptoms and status epilepticus. Neurol Sci. 2012 Feb;33(1):99–102.

12. Corey L, Adams HG, Brown ZA, Holmes KK. Genital herpes simplex virus infections: clinical manifestations, course, and complications. Ann Intern Med. 1983 Jun;98(6):958–72.

13. Ho DD, Rota TR, Schooley RT, Kaplan JC, Allan JD, Groopman JE, et al. Isolation of HTLV-III from cerebrospinal fluid and neural tissues of patients with neurologic syndromes related to the acquired immunodeficiency syndrome. N Engl J Med. 1985 Dec 12;313(24):1493–7.

14. Lederer AM, Laing EE. What's in a Name? Perceptions of the Terms Sexually Transmitted Disease and Sexually Transmitted Infection Among Late Adolescents. Sex Transm Dis. 2017 Nov;44(11):707–11.

15. Lee ASD, Cody SL. The Stigma of Sexually Transmitted Infections. Nurs Clin North Am. 2020 Sep;55(3):295–305.

16. Unemo M, Lahra MM, Escher M, Eremin S, Cole MJ, Galarza P, et al. WHO global antimicrobial resistance surveillance for Neisseria gonorrhoeae 2017-18: a retrospective observational study. Lancet Microbe. 2021 Nov;2(11):e627–36.

17. Kulasingam SL, Myers ER. Potential health and economic impact of adding a human papillomavirus vaccine to screening programs. JAMA. 2003 Aug 13;290(6):781–9.

18. Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, Harris A, Haber P, Ward JW, et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Recomm Rep. 2018 Jan 12;67(1):1–31.

19. Steiner RJ, Pampati S, Kortsmit KM, Liddon N, Swartzendruber A, Pazol K. Long-Acting Reversible Contraception, Condom Use, and Sexually Transmitted Infections: A Systematic Review and Meta-analysis. Am J Prev Med. 2021 Nov;61(5):750–60.

20. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(1):CD003255.

21. Davis KR, Weller SC. The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. Fam Plann Perspect. 1999 Nov-Dec;31(6):272–9.

22. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. Bull World Health Organ. 2004 Jun;82(6):454–61.

23. LCI richtlijnen [Internet]. [cited 2024 Mar 27]. Handig dat LCI-draaiboek van het RIVM. Available from: https://lci.rivm.nl/draaiboeken/partnermanagement

24. Low N, Broutet N, Adu-Sarkodie Y, Barton P, Hossain M, Hawkes S. Global control of sexually transmitted infections. Lancet. 2006 Dec 2;368(9551):2001–16.

25. Health Visitors' Association. Manual for Sexual Health Advisers. 2004. 352 p.

26. Althaus CL, Turner KME, Mercer CH, Auguste P, Roberts TE, Bell G, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of traditional and new partner notification technologies for curable sexually transmitted infections: observational study, systematic reviews and mathematical modelling. Health Technol Assess. 2014 Jan;18(2):1–100, vii – viii.

27. Ward H, Bell G. Partner notification. Medicine . 2014 Jun;42(6):314–7.

28. Partneralert.be [Internet]. [cited 2024 Mar 27]. Available from: https://www.partneralert.be/N/

29. Theunissen KATM, Schipper P, Hoebe CJPA, Crutzen R, Kok G, Dukers-Muijrers NHTM. Barriers to and facilitators of partner notification for chlamydia trachomatis among health care professionals. BMC Health Serv Res. 2014 Dec 20;14:647.

30. Chan RKW, Tan HH, Chio MTW, Sen P, Ho KW, Wong ML. Sexually transmissible infection management practices among primary care physicians in Singapore. Sex Health. 2008 Sep;5(3):265–71.

31. Rose SB, Garrett SM, Kennedy J, Lund K, Hutchings D, Boyle C, et al. Partner notification and retesting for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: a case-note review in New Zealand primary care. J Prim Health Care. 2018 Jun;10(2):132–9.

32. European Centre for Disease Prevention and Control [Internet]. 2013 [cited 2024 Mar 27]. Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-benefits-partner-notification-sexually-transmitted-infections-and

33. Reed JL, Huppert JS, Gillespie GL, Taylor RG, Holland CK, Alessandrini EA, et al. Adolescent patient preferences surrounding partner notification and treatment for sexually transmitted infections. Acad Emerg Med. 2015 Jan;22(1):61–6.

34. Tiplica GS, Radcliffe K, Evans C, Gomberg M, Nandwani R, Rafila A, et al. 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015 Jul;29(7):1251–7.

35. Dalal S, Johnson C, Fonner V, Kennedy CE, Siegfried N, Figueroa C, et al. Improving HIV test uptake and case finding with assisted partner notification services. AIDS. 2017 Aug 24;31(13):1867–76.

36. Layton E, Vaisey A, Goller JL, Coombe J, Temple-Smith M, Hocking J. The Views of Patients and Partners Toward Patient-Delivered Partner Therapy for Chlamydia: A Systematic Review. Sex Transm Dis. 2020 Dec;47(12):790–7.

37. Jamison CD, Waselewski M, Gogineni V, Bell J, Hadler N, Chaudhry K, et al. Youth Knowledge and Perspectives on Expedited Partner Therapy. J Adolesc Health. 2022 Jan;70(1):114–9.

38. Jamison CD, Coleman JS, Mmeje O. Improving Women's Health and Combatting Sexually Transmitted Infections Through Expedited Partner Therapy. Obstet Gynecol. 2019 Mar;133(3):416–22.

39. Hogben M, Kidd S, Burstein GR. Expedited partner therapy for sexually transmitted infections. Curr Opin Obstet Gynecol. 2012 Oct;24(5):299–304.

40. Cassell JA, Brook MG, Slack R, James N, Hayward A, Johnson AM. Partner notification in primary care. Sex Transm Infect. 2003 Jun;79(3):264–5.

41. Rose SB, Garrett SM, Pullon SRH. Improving management of sexually transmitted infections in primary care: feasibility and acceptability of a new patient management tool for clinicians. J Prim Health Care. 2021 Jun;13(2):171–9.

42. Sample Size Calculator by Raosoft, Inc [Internet]. [cited 2024 Mar 27]. Available from: http://www.raosoft.com/samplesize.html

43. Cheung KL, Ten Klooster PM, Smit C, de Vries H, Pieterse ME. The impact of non-response bias due to sampling in public health studies: A comparison of voluntary versus mandatory recruitment in a Dutch national survey on adolescent health. BMC Public Health. 2017 Mar 23;17(1):276.

44. Gorbach PM, Aral SO, Celum C, Stoner BP, Whittington WL, Galea J, et al. To notify or not to notify: STD patients' perspectives of partner notification in Seattle. Sex Transm Dis. 2000 Apr;27(4):193–200.

45. Grulich AE, de Visser RO, Badcock PB, Smith AMA, Richters J, Rissel C, et al. Knowledge about and experience of sexually transmissible infections in a representative sample of adults: the Second Australian Study of Health and Relationships. Sex Health. 2014 Nov;11(5):481–94.

46. Slurink IA, Götz HM, van Aar F, van Benthem BH. Educational level and risk of sexually transmitted infections among clients of Dutch sexual health centres. Int J STD AIDS. 2021 Oct;32(11):1004–13.

BIJLAGEN

1. Qualtrics vragenlijst

Anonieme data:

- Wat is uw geslacht?
- Wat is uw leeftijd?
- In welke provincie bent u gedomicilieerd?
- Wat is uw hoogst behaalde diploma? (lagere school, middelbare school, hoger onderwijs, universitair onderwijs)
- Wat is uw seksuele voorkeur? (hetero, biseksueel, MSM, lesbisch, andere)

Vragenlijst:

- Heeft u reeds een SOA gehad? *
- Zo ja, welke van onderstaande? (Chlamydia, Gonorroe, HIV, Hepatitis B, Syfilis, Genitale herpes, andere).
- *(Deze vraag enkel indien antwoord Ja op *)* Hoe vaak heeft u de diagnose SOA gekregen? (1: 1x 7: meer dan 6x)
- Hoe zou u uw gebruik van condoom (of uw partner) beschrijven? (1: gebruik het nooit. 7: gebruik het altijd)
- In welke mate bent u bekend met het concept partnerwaarschuwing? (1: helemaal niet 7: zeer gekend).

(Definitie van partnerwaarschuwing)

- Hoe schat u de rol in van de huisarts met betrekking tot de partnerwaarschuwing? (1: niet belangrijk 7: zeer belangrijk)
- *(Deze vraag enkel indien antwoord Ja op *)* In welke mate heeft uw huisarts een rol gespeeld in de partnerwaarschuwing toen u een SOA had (1: geen rol 7: zeer belangrijke rol)
- *(Deze vraag enkel indien antwoord Ja op *)* In welke mate heeft uw huisarts een rol gespeeld in de behandeling toen u een SOA had (1: geen rol 7: zeer belangrijke rol)
- Hoe schat u uw kennis over de behandeling van SOA's in? (1: zeer slecht 7: zeer goed)
- Hoe schat u de rol in van de huisarts met betrekking tot uitleg over SOA's en hun behandeling (1: niet belangrijk 7: zeer belangrijk).
- Hoe schat u de rol in van het internet met betrekking tot uitleg over SOA's en hun behandeling (1: niet belangrijk 7: zeer belangrijk).
- Hoe schat u de rol in van het vrienden/familie met betrekking tot uitleg over SOA's en hun behandeling (1: niet belangrijk 7: zeer belangrijk).

- Indien u de diagnose van SOA zou krijgen (of heeft gekregen), hoe zou u het beleid rond partnerwaarschuwing aanpakken? (1: geen, 2: dokter geeft extra medicatievoorschrift mee (expedited partner therapy), 3: dokter stimuleert u om contact op te nemen met partner (patient referral), 4: arts neemt contact op met partner (provided referral), 5: arts geeft u een deadline om zelf contact op te nemen, anders neemt de arts zelf contact op met uw partner (contract referral), 6: andere)

- Hoe groot schat u de drempel in om uw partner in te lichten wanneer u de diagnose van een SOA krijgt? (1: niet inlichten 7: meteen inlichten)
- Welke drempel zou u het meest tegenhouden om uw partner in te lichten? In hoeverre zijn volgende argumenten voor u van toepassing?

- Relationele problemen (1 7)(1: helemaal niet van toepassing 7: helemaal van toepassing)
- Opinie van anderen (1- 7) (1: helemaal niet van toepassing 7: helemaal van toepassing)
- Angst voor de lichamelijke gevolgen van de SOA (1 7) (1: helemaal niet van toepassing 7: helemaal van toepassing)
- Niet denken dat het belangrijk is om partner in te lichten (1 7) (1: helemaal niet van toepassing 7: helemaal van toepassing)

- Heeft uw zorgverlener partnermanagement met u besproken nadat een SOA werd vastgesteld?
- Wat zou u helpen om de drempel te verlagen om partnermanagement bij SOA met een zorgverlener te bespreken? (open vraag)
- Heeft u negatieve ervaring met zorgverleners rond het bespreken van partnermanagement?
- Heeft u positieve ervaringen met zorgverleners rond het bespreken van partnermanagement?

2. Drempelverlagende factoren tot het bespreken van partnermanagement.

Proberen om een open discussie te hebben

Als de zorgverlener zelf initiatief neemt om erover te praten in een private setting

/

Taboe doorbreken

Brochures in de wachtzaal

Informering van zorgverlener + tools/tips/advies om het gesprek aan te gaan (gegeven door de zorgverlener die de diagnose stelt)

Niets

Goede band

Vertrouwelijkheid, geen oordeel van zorgverlener

Een luisterend oor dat de tijd neemt ervoor om te luisteren

Destigmatiseren

Het meer bespreekbaar maken zodat het geen taboe is.

/

Voldoende informatie over de nadelige effecten van een soa op korte en lange termijn

Een brochure/flyer dat als gespreksstarter kan dienen

Iemand die voor mij contact opneemt met een zorgverlener of iemand die meegaat voor zo'n gesprek.

Geen vooroordelen en verwijten krijgen van zorgverlener

Dit telefonisch te kunnen bespreken

Incorporating the psychological impacts within the treatment

Wat zou u helpen om de drempel te verlagen om partnermanagement bij SOA met...

/

/

Geen idee

minder homo/transfobische dokters

Belang uitleggen

Stigma rond SOAs aanpassen

Proactieve aanpak van zorgverlener

.

Het uit de taboe sfeer halen, open over kunnen communiceren met jongeren.

Een zorgverlener die hier dagelijks mee ik contact komt, waarvan je weet dat hij of zij er ervaring mee heeft. Dit zou me meer op mijn gemak

stellen. Hierbij zou ik het gevoel hebben dat er minder vooroordelen zouden zijn bij de zorgverlener.

Taboe rond SOA's en kennis over behandelbaarheid

Wanneer zij zelf communiceren hierover, vragen stellen, ipv het zelf te moeten vragen

Geen idee

Het gevoel van een veilige en open gespreksomgeving

Geen drempel

/

/

SOA's blijven voorlopig geassocieerd worden met de vieze foto's die ze ons tonen tijdens de lessen SO. Op dat moment dienen die foto's als een

soort waarschuwing en afschrikmiddel maar later in je leven kunnen ze zorgen voor een schaamte voor SOA en dus ook schaamte om erover te

praten. Iedereen zal zich de vieze foto's voorstellen wanneer je hen inlicht van een SOA

Online via chat.

Gezondheid van uzelf en uw seksuele partners heeft de hoogste prioriteit.

Digitale tool

ik ervaar zo goed als geen drempels. alleen niet altijd duidelijk of een dokter lgbtq vriendelijk is

-

Dokter begint er zelf over

Wat zou u helpen om de drempel te verlagen om partnermanagement bij SOA met...

geen idee

Preventief werken en regelmatig bespreekbaar maken met patiënt

Niet met de standaard huisarts te bespreken

Geen idee

Verzekering van anonimiteit

Normalisering, weten dat de zorgverlener dit vaker doet bv door folder in de wachtkamer

Zelfde geslacht van zorgverlener

Niets

Anoniem kunnen zijn

nvt

Open communicatie

Patiënt met partner op raadpleging laten komen samen

Minder persoonlijk contact

Taboe rond soa doen verdwijnen

Belang duidelijk maken

Gelijkaardige leeftijd van zorgverlener

De garantie dat de huisarts anoniem contact zou kunnen opnemen met de voorgaande sekspartners

Dat mensen in eerste instantie al beter weten wat partnermanagement inhoudt

privacy

Infobrochures in wachtzalen zien liggen

Meer info - minder stigma

/

Als de zorgverlener er zelf over begint

Geruststellen, gevoel van schaamte wegnemen, beroepsgeheim, op voorhand vragenlijst moeten invullen van eventuele sekspartners, symptomen

zodat 'vervelende' vragen niet per se gesteld moeten worden omdat de zorgverlener de info al heeft.

End of Report

Wat zou u helpen om de drempel te verlagen om partnermanagement bij SOA met...

Als de zorgverlener hier zelf over begint

De houding van de zorgverlener bepaalt voor mij hoe comfortabel ik ben om er met haar/hem over te spreken.

Een band met de arts, ervaring van de arts (bv op website vermeldt)

/

Geen idee

Niets specifiek

Als mijn partner meerdere bedpartners heeft gehad

Dokter van zelfde geslacht

Geen idee

Geen idee

Openheid van zorgverlener

/

3. <u>Negatieve ervaringen van deelnemers mbt partnermanagement bij SOA's</u>

Het gebrek aan informeren. Wanneer het gaat over SOAs, heb ik vaak het gevoel dat dit nog steeds een taboe is. Zeker bij mannelijke, oudere gynaecologen en huisartsen. Ik laat me elk jaar testen (bloed, uitstrijkje, urine onderzoek). Artsen vragen maar de helft van de dingen die ik vraag aan, geven gebrekkige informatie, geven enkel de info vanuit eigen ervaring (waarom niet breder), kijken je raar aan (oprecht!) Of zeggen dat dat maar elke 2 jaar nodig is. Het is daarnaast ook absurd dat er niet standaard wordt getest voor VAPH, waarom zou een vrouw dit zo expliciet moeten vragen? Het gaat in mijn beleving al mist met de omgang over SOAs (en andere geslachtsziekten), waardoor het al mis loopt bij de diagnosestelling. Laat staan al de rest.. Als je als vrouw het gevoel krijgt dat je niet serieus genomen kan worden, hoe kan je je dan comfortabel voelen om informatie te ontvangen over hoe het aan je (seks)partner te vragen. Ik heb hiernaast ook goede ervaringen, gelukkig.

assumptie van heteroseksualiteit en cisgenderisme

Ik vroeg de huisarts voor een soa-test na een aanranding. Ik had niet aan de arts verteld dat het om een aanranding ging omdat ik daar op dat moment niet comfortabel mee was. De arts gaf opmerkingen als "amai jij bent ook druk bezig geweest". Daarna kreeg ik alvast een dubbele dosis voorgeschreven die ik dan zelf aan mijn seksuele partner moest geven, zonder dat er de vraag kwam of ik wel met hem in contact stond en/of ik dit oké vond.

Bij mannelijke dokters moeilijker

4. Positieve ervaringen van deelnemers mbt partnermanagement bij SOA's

Zorgverlener was open en respectvol

Informatie over anonieme melding

In mijn werk doen we dit vaak

Gewoon prima, ik had gevraagd over volgende partners en of ik seks nog kon hebben of even niet etc. Maar toen had ik een vaste partner en hij had HPV toch al van mij gekregen of ik van hem

Eerst kreeg ik uitleg en had daarna ruimte to vragen stellen. Ik voelde me geholpen en begrepen

De zorgverlener heeft me gerust gesteld

Huisarts was heel rationeel bij het afnemen van een soa test. Vroeg slechts naar de noodzakelijke dingen zonder al te veel taboe en extra onzin te behandelen.

Mijn huisarts heeft dit met mij besproken.

Open communicatie

Partner besmet geweest met een SOA. Zorgverlener heeft me meteen gerustgesteld.

mijn huidige huisdokter licht mij heel gedetailleerd in en geeft mij genuanceerd advies over veilig vrijen en testen en is open minded

Één gynaecoloog die stap voor stap op 3 verschillende manieren zei wat we gingen testen en, indien er iets gevonden wordt, dat ik dit moet aangeven aan mogelijke sekspartners met een timeframe van tot zoveel maanden geleden (want dat weet een persoon zonder medische achtergrond ook niet zo maar allemaal).

Zelfreflectieverslag Frederik Dierick

Ik kijk met grote tevredenheid terug op het verloop van onze thesis. Het samen schrijven van een thesis met een goede vriend kan potentieel tot wrijving leiden, maar in ons geval was daar geen sprake van. We toonden beiden veel respect voor de deadlines die we onszelf stelden. Als de een wat minder gemotiveerd was, nam de ander het werk naadloos over. Deze dynamiek was naar mijn mening prachtig in evenwicht.
We hebben elk onze sterke en zwakke punten, wat ons in staat stelde om elkaar goed aan te vullen. Ik verdiep me bijvoorbeeld graag in de literatuur, maar ben minder vaardig met technische tools zoals Mendeley voor de referenties. Ik noteerde mijn referenties als commentaar in Google Docs, waarna Tristan ervoor zorgde dat deze correct in de referentielijst werden opgenomen. Wat betreft het literatuuronderzoek was Tristan als eerste begonnen met tal van bronnen op te zoeken, stukken tekst samen te vatten en in een gezamelijke Google Docs te noteren. Nadien heb ik het wat overgenomen en ben ik begonnen met de basis van Tristan dieper uit te werken en ‘verfijnd’ te noteren. We zijn beiden nogal uitstellers, wat gedurende de hele opleiding een werkpunt was. Wanneer we een groot stuk in orde hadden gebracht, durfden we de thesis soms langere periode onaangeraakt laten liggen. Echter, dankzij de door onszelf opgelegde deadlines, schoten we steeds op tijd in gang. De driejarige opleiding tot huisarts geeft het gevoel dat je een oceaan van tijd hebt bij de start van de opleiding. Dit helpt natuurlijk niet voor twee uitstellers. Drie jaar vliegt voorbij alsof het niets is.

Ook de communicatie met onze promotor pakten we systematisch aan via het e-mailadres van Tristan, om zo een duidelijk overzicht voor onze promotor te waarborgen. Dit betekende niet dat Tristan alle communicatie voor zijn rekening nam. Tristan en ik overlegden regelmatig via videochat over de inhoud van de e-mails, welke versie van de thesis we zouden versturen, enzovoort. Zo was elke e-mail het resultaat van teamwork. Met onze promotor regelden we zo veel mogelijk via Zoom-meetings, gezien er met een videogesprek beter afgetoetst kan worden dan zuiver via mail.

Naarmate de deadline naderde, wisselden we elkaar af met extra inspanningen om alles af te ronden. We maakten afspraken over wie wanneer aan de thesis zou werken en reserveerden actief weekenden om ons volledig te kunnen focussen. Ook hier was de taakverdeling evenwichtig. Ik besteedde initieel extra tijd aan de verwerking van de resultaten, terwijl Tristan spontaan meer tijd in de presentatie stak. De discussie hebben we quasi zij aan zij geschreven, gezien dit een weergave moet zijn van onze eigen interpretaties van onze resultaten. We hoefden elkaar nooit aan te sporen om meer werk te verzetten; alles verliep organisch.

Bovendien werkte ik in het laatste anderhalf jaar in een artsenpraktijk naast de VUB-campus, waar ik veel contact had met studenten en dus ook met SOA’s. Dankzij de thesis heb ik veel geleerd over SOA’s en partnerwaarschuwing, wat ik direct in de praktijk kon toepassen. Ik maakte bijvoorbeeld een account aan op ‘partneralert’, een platform dat ik voorheen niet kende. Tijdens mijn consultaties nam ik de tijd om partnermelding met patiënten te bespreken, en merkte ik dat velen niet bekend zijn met de verschillende vormen van partnermanagement.

Mijn PO en collega's hield ik op de hoogte van de stand van mijn thesis, alsook van nieuwigheden die ik leerde tijdens opzoekwerk.
Ik ben er oprecht van overtuigd dat onze thesis kan bijdragen tot een verbetering van awareness omtrent partnerwaarschuwing in de huisartsenpraktijk. Vele huisartsen en HAIO's (waaronder ikzelf initieel) beperken zich tot diagnose en behandeling van de eigen patiënt, met dan af te sluiten door te zeggen dat de partner zich ook moet laten testen zonder de verschillende opties te overlopen. Gezien hier vaak geen sterke nadruk op ligt, is het mij niet onlogisch dat de patiënt zich ook niet extreem gedreven voelt om zijn/haar partner (die mogelijks een one-night stand was) te waarschuwen. Het overlopen van de verschillende opties vraagt niet veel tijd en speelt een belangrijke rol om verdere verspreiding van SOA's te vermijden. Omdat ook de grote meerderheid van de participanten de huisarts als belangrijke speler ziet in informeren omtrent partnerwaarschuwing, lijkt het mij dus logisch dat de huisarts deze preventieve rol aanneemt.
Preventie zal naar mijn mening een steeds belangrijkere rol spelen in het huidige medisch landschap van toenemende chronische ziekten. Preventie van SOA verspreiding hoort hier integraal bij.

Ter afsluiting kijk ik met een voldaan gevoel terug op mijn opleiding tot huisarts. Het was een periode vol leerprocessen, mooie momenten en vooral persoonlijke ontwikkeling. Het indienen van onze thesis voelt als de bekroning van onze opleiding en brengt een gevoel van opluchting met zich mee, niet alleen voor mij, maar ik denk ook voor vele andere HAIO's.

Ik wens de lezer van onze thesis en dit reflectieverslag het allerbeste toe. Geniet van elke dag!



Zelfreflectieverslag Tristan Hermans

Op het einde van een gezamenlijk project is het nuttig om terug te kijken op het verloop van de samenwerking. Deze reflectie kan goede aspecten, maar ook verbeterpunten aan het licht stellen, met het oog op verbetering voor toekomstige samenwerkingsverbanden.

Allereerst moet ik zeggen dat de samenwerking algemeen goed is verlopen. We kennen elkaar al langer en wisten op voorhand dat we op elkaar konden rekenen. Beiden staan we open voor feedback en commentaar en weten we met elkaar op een geduldige manier om te gaan. Ook de samenwerking met de promotor verliep goed. We hadden regelmatig online overleg, waarin werd afgetoetst hoever we stonden en welke punten verbeterd konden worden. Ook werden tussentijdse deadlines gesteld, die zeker de productiviteit van ons beiden vooruit hielp.

De verdeling van het werk verliep vlot en zonder grote onenigheden of frustraties. Van Frederik heb ik hierover, tot mijn plezier, dezelfde mening gehoord. Hiertoe behoren praktische zaken zoals omgaan met deadlines, indiening voor ethische commissie en communicatie naar de promotor toe, maar ook inhoudelijke zaken als het schrijven en het opzoekwerk. Vooral open communicatie stond hierin centraal. Ook kan ik zeggen dat we beiden erg collegiaal met elkaar zijn omgegaan. Wanneer ik in een drukke periode minder gemotiveerd was om aan de thesis te werken, was het voor Frederik geen probleem om een deel van het werk op zich te nemen. Dit werkt in beide richtingen. Zo kunnen we spontaan iets voor elkaar doen, zonder iets terug te verwachten.

Meer concreet verliep de verdeling van de taken als volgt:
Aan de start van onze thesis moest gestart worden met het verzamelen van informatie en het opstellen van een literatuurstudie. Ik startte zelf met het opzoeken van zo veel mogelijk relevante studies, om een algemeen beeld te verkrijgen over wat de beschikbare literatuur is over partnermanagement en de implementatie ervan. Frederik vulde deze informatie daarna aan en begon met het uitschrijven van het eerste deel van de inleiding. Het laatste deel van de inleiding werd hierna door mij aangevuld.
Het werk dat gepaard ging met het proces van indienen en herindienen bij de ethische commissie voor de start van ons onderzoek werd gelijk verdeeld onder ons beiden. De uiteindelijke goedkeuring hiervan was voor ons allebei een opluchting.
Ook tijdens het eerste jaar verzamelden we beide informatie uit onze medische dossiers voor het opstellen van de audit. Deze informatie is hierna door onze promotor nagekeken en de uitwerking hiervan is eigenlijk pas in het derde jaar gebeurd. Deze heb ik voor mijn rekening genomen.
Onze vragenlijst werd verspreid met behulp van het platform Qualtrics. De praktische uitwerking hiervan ben ik gestart, terwijl Frederik het stuk betreffende methodes uitschreef in ons paper.
Een belangrijk deel van de resultaten en discussie werd eerst door Frederik neergeschreven in onze paper, waarna deze door mij werd aangevuld. Verdere aanpassingen werden in de daarop volgende weken door ons beiden gemaakt.

Een duidelijk verbeterpunt, althans voor mij, is een factor uitstelgedrag. Aan de start van het driejarig traject is het eindpunt nog ver weg, wat maakt dat er, voor mij althans, weinig druk is om te werken aan de thesis. Er zijn natuurlijk in elke periode, bij iedereen, andere bekommernissen die aandacht vragen. Zoals hierboven aangehaald zijn hier de tussentijdse deadlines zeer nuttig geweest, alsook het motiveren van elkaar en door prof. Spitaels.

Uit ons onderzoek concluderen we dat partnermanagement bij SOA's weinig systematisch en veelal ineffectief gebeurd. We zien dat de verwachtingen van de jongeren naar de huisarts toe niet overeenstemmen met de huidige praktijk en dat er ruimte is voor verbetering. We hebben enkele drempels gedefinieerd die kunnen dienen als handvaten voor verbetering naar de toekomst toe. Ons werk kan dienen om artsen opmerkzaam te maken op het belang van partnermanagement en ze een leidraad geven om mee aan de slag te gaan in de praktijk. Belangrijk hierin is het open communiceren naar de patiënt toe en het vermijden van stigmata. Ook is van het grootste belang te weten dat de kennis van jongeren over partnermanagement en de verschillende methodes of praktische uitwerking hiervan eerder laag is. Idealiter ontwikkelen huisartsen een systematiek in de toepassing van partnermanagement om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit is uiteindelijk het doel van elke paper.

Het werken aan de thesis is een goed leerproces geweest, zowel in samenwerken als inhoudelijk betreffende SOA-consulten en hun aanpak in de praktijk. Zoals hierboven vermeld, geloof ik dat wat we geleerd hebben uit ons eindwerk toepasbaar zal zijn tijdens onze carrière na ons traject als HAIO. We zullen ons moeten inzetten om zelf met onze bevindingen aan de slag te gaan en een voorbeeld te stellen.

Nu het einde van ons thesiswerk nadert, kijk ik terug op een aangename samenwerking met een goede vriend. Daarbij moeten we beide prof. Spitaels bedanken om ons door dit proces te begeleiden.