De patiëntvoorkeuren voor de ontwikkeling van chlamydia-sneltesten in de huisartspraktijk.

Laura Hoeylaerts, VUB

Promotor: Prof. Dr. Van den Bruel Ann, KUL

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2024– 2025

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

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

Inhoudsopgave

Abstract **4**

Inleiding **5**

Klachten en complicaties *5*

Risicogroepen *5*

Diagnostiek *5*

NAAT 5

Sneltesten 5

Soa-zorg en de huisarts *6*

Behandeling *6*

PID met Chlamydia als verwekker 7

Onderzoeksvraag *7*

Methodologie **8**

Deelnemers en rekrutering *8*

Data verzameling *8*

Data-analyse *9*

Ethiek *9*

Resultaten **11**

Studiepopulatie *11*

Risicobepaling/factoren *11*

Acceptatie en voorkeuren van de test *12*

4. Discussie **15**

Studiepopulatie *15*

Risicobepaling/factoren *16*

Acceptatie en voorkeuren van de test *16*

Bronnen **23**

Bijlagen **26**

Abstract

Doel Chlamydia is de meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoening (soa) in België. Deze soa kan belangrijke complicaties met zich meebrengen. Er zijn sneltesten voor chlamydia in ontwikkeling voor gebruik in zowel ambulante als klinische setting. Het doel van dit onderzoek is om de patiëntvoorkeuren voor de ontwikkeling van chlamydia-sneltesten in de huisartsenpraktijk bij vrouwen tussen de 18 en 35 jaar in kaart te brengen.

Methodologie Bij jonge vrouwen (18-35 jaar) werd in een Antwerpse huisartsenpraktijk een online vragenlijst afgenomen (n=7), die vervolgens werd geanalyseerd met behulp van beschrijvende statistiek.

Resultaten Deelnemers stonden open voor zowel thuisafname als afname door de huisarts. Meerdere instructieopties werden geschikt bevonden, mits betrokkenheid van de huisarts. De sneltest zou goedkoop (mediaan 10 euro) en snel (resultaat binnen één dag) moeten zijn. Voor het meedelen van testresultaten werden meerdere opties geschikt bevonden waarbij ook de huisarts betrokken moet blijven, met een voorkeur voor telefonisch contact door de huisarts, gevolgd door online communicatiekanalen.

Conclusie Deze bevindingen wijzen op het belang van een flexibele, patiëntgerichte en laagdrempelige aanpak bij de implementatie van chlamydia-sneltesten in de huisartsenpraktijk. Hierbij spelen de betaalbaarheid van de test, de snelheid van resultaat en de betrokkenheid van de huisarts, zowel bij instructie als bij de bekendmaking van resultaten, een centrale rol.

Inleiding

Chlamydia is de meest voorkomende seksueel overdraagbare aandoening (soa) in België. In 2023 werden er 218 diagnoses van chlamydia per 100.000 inwoners vastgesteld (1, 2).

Chlamydia wordt veroorzaakt door de bacterie Chlamydia Trachomatis (CT). Deze bacterie kan in de vagina, plasbuis, anus en keel zitten en wordt overgedragen door seksueel contact zonder condoom of door het delen van seksspeeltjes (2).

Klachten en complicaties

Chlamydia geeft bij 70% van de vrouwen geen klachten en kan spontaan genezen. Indien er wel klachten zijn, kan dit bij vrouwen pijn of een branderig gevoel bij het plassen, pijn bij seksuele betrekkingen, vaginaal bloedverlies tijdens of zonder seksuele betrekkingen, een veranderde vaginale afscheiding, anale jeuk en wijzigingen in stoelgang (bloederig, slijmerig, diarree) geven.

Vooral vrouwen met klachten lopen een verhoogd risico op ernstige complicaties, zoals een bekkenontsteking of Pelvic Inflammatory Disease (PID). Dit risico is groter bij herhaalde of ernstige infecties. PID kan leiden tot chronische buikpijn, buitenbaarmoederlijke zwangerschap of verminderde vruchtbaarheid (2, 3). Het risico op PID en een buitenbaarmoederlijke zwangerschap neemt toe bij vrouwen die reeds eerder een chlamydia infectie hebben opgelopen (4). Slechts in zeldzame gevallen kan een PID als gevolg van een CT-infectie onvruchtbaarheid veroorzaken. Dit komt vooral voor bij vrouwen die op jonge leeftijd (<20 jaar) een CT-infectie hebben opgelopen (3).

Deze complicaties brengen niet alleen een hoge morbiditeit met zich mee, maar ook aanzienlijke sociale en economische kosten. Vroegtijdige opsporing is daarom essentieel. Bovendien kunnen asymptomatische vrouwen de infectie alsnog overdragen op hun seksuele partners.

Risicogroepen

Het risico op een CT-infectie is verhoogd bij personen met frequente wisselende en onbeschermde seksuele contacten, mannen die seks hebben met mannen, sekswerkers en hun klanten, personen uit soa-endemische gebieden, en partners van deze groepen (5).

Jongeren (<25 jaar) zijn extra kwetsbaar, onder andere door risicogedrag zoals het gebruik van alcohol of drugs, wat correct condoomgebruik belemmert. Daarnaast hebben zij vaker (vooral tijdens de studententijd) meerdere sekspartners of seksuele contacten buiten een vaste relatie (2, 6-8).

Diagnostiek

NAAT

Tegenwoordig wordt een CT infectie opgespoord met behulp van een Nucleid Acid Amplification Test (NAAT) op een vulvovaginale wisser. Deze kan door de huisarts of door de patiënt zelf worden afgenomen en wordt vervolgens geanalyseerd in een klinisch laboratorium (2, 3).

Sneltesten

Sneltesten kunnen een meerwaarde bieden voor de vroegtijdige opsporing van CT-infecties, doordat de staalname niet naar een klinisch laboratorium hoeft te worden gestuurd en de resultaten doorgaans binnen het uur beschikbaar zijn. Ze kunnen zowel thuis door de patiënt als in een klinische setting worden gebruikt. De voordelen van een sneltest zijn: snel beschikbaar zijn van resultaten, mogelijkheid om de test (anoniem) thuis uit te voeren en het potentieel dat de sneltest goedkoper is

dan de huidige diagnostiek, wat de drempel tot testen verlaagt. Hierdoor zouden mensen zich mogelijk sneller laten testen, waardoor chlamydia vaker en eerder wordt ontdekt (9).

Een belangrijk nadeel van het gebruik van een sneltest in het kader van zelftesting in de thuissetting, is het ontbreken van klinisch advies en een gepaste behandeling bij een positief resultaat. Hoewel er al sneltesten voor soa's op de markt zijn, is de nauwkeurigheid vaak onvoldoende. Daarom wordt er gewerkt aan de ontwikkeling van betrouwbaardere sneltesten, bestemd voor gebruik in zowel de thuis- als klinische setting (2).

Het is in de context van deze ontwikkeling dat dit onderzoek is opgezet, omdat het waarschijnlijk is dat nauwkeurigere sneltesten in de nabije toekomst rechtstreeks aan consumenten op de markt zullen worden gebracht, en huisartsen daarop moeten kunnen inspelen.

Soa-zorg en de huisarts

Soa-zorg omvat meer dan alleen het testen zelf. Een goede behandeling, counseling en partnerwaarschuwing zijn belangrijk. Zo is het belangrijk dat patiënten en hun partner(s) geïnformeerd worden over de transmissie, preventie, behandeling en mogelijke complicaties. De mondelinge toelichting kan hierbij worden ondersteund door geschreven informatie of beeldmateriaal, zoals wetenschappelijk onderbouwde websites (bijvoorbeeld de website van Sensoa) en informatiefolders (2). Hoewel er online ondersteuning bestaat, heeft de huisarts het grote voordeel dat deze soa-zorg op maat kan bieden. Er bestaan al commerciële sneltesten voor thuisgebruik, maar de betrouwbaarheid hiervan is vaak onzeker (2, 9). Het Instituut van Tropische geneeskunde (ITG) heeft echter een online testplatform (Test2Know) ontwikkeld waarbij mensen die in aanmerking komen zich kunnen laten testen op soa's (hiv, syfilis, chlamydia, gonorroe en hepatitis C). De voorwaarden hier voor zijn dat mensen in Vlaanderen wonen, geen pre-exposure profylaxe (PrEP) voor het humaan immunodeficiëntievirus (hiv) gebruiken, recent risico liepen op hiv of een andere soa, en daarbij geen symptomen ervaren. Mensen die voldoen aan deze voorwaarden en zich willen laten testen, vullen vervolgens via Test2Know een vragenlijst in om te bepalen welke soa-testen nuttig zijn. Het testmateriaal wordt vervolgens per post opgestuurd naar de patiënt, die het na gebruik weer terugstuurt naar het ITG. De patiënt wordt verwittigd via e-mail van zodra het testresultaat beschikbaar is. Indien het testresultaat negatief is, kan de patiënt dit binnen 1-7 werkdagen zien op het platform van Test2Know. Indien het resultaat positief is, wordt de patiënt gecontacteerd door een zorgverlener voor verdere zorg en behandeling. De kostprijs hiervan bedraagt 30 euro, exclusief materiaal- en transportkosten (10).

Het is echter belangrijk om te onderzoeken hoe de huisarts betrokken kan worden bij het gebruik van dergelijke sneltesten, zodat optimale soa-zorg op maat mogelijk blijft, met aandacht voor voorlichting, behandeling en partnerwaarschuwing.

Op dit moment zijn er echter nog geen hoogwaardige sneltesten op de markt die voldoen aan de diagnostische eisen voor gebruik in de huisartsenpraktijk (2, 9). Naast het feit dat een sneltest moet voldoen aan de diagnostische vereisten, moet de ontwikkeling van een sneltest ook aansluiten bij de behoeften van de patiënt.

Behandeling

De behandeling van een ongecompliceerde chlamydia-infectie berust op het toedienen van antibiotica. Hierbij wordt als eerste keuze gebruikgemaakt van doxycycline 100 mg, tweemaal per

dag gedurende 7 dagen. Indien er contra-indicaties (bijvoorbeeld zwangerschap) zijn voor het gebruik van doxycycline, kan een eenmalige toediening van 1 g azithromycine worden gegeven.

Daarnaast worden patiënten geadviseerd om seksueel contact te vermijden zolang er symptomen aanwezig zijn en tot ten minste 7 dagen na de start van de behandeling. Andere soa's dienen opgespoord en behandeld te worden bij de patiënt en hun seksuele partner(s) (2, 9, 11).

Verder is het van belang om de patiënt in te lichten over diens verantwoordelijkheid voor partnernotificatie (inclusief methoden), zodat de sekspartner(s) zich ook kan/kunnen laten testen en behandelen (9). De Belgische behandelrichtlijn voor CT-infecties in de eerste lijn stelt voor om rekening te houden met het risicogedrag van de patiënt en met het al dan niet (a)symptomatische verloop van de infectie bij het bepalen van de termijn voor partnernotificatie. Zo moeten partners bij patiënten met én zonder klachten van minimaal 1 maand geleden gewaarschuwd worden. Als er sprake is van hoogrisicogedrag of een asymptomatische infectie, dient er langer dan 1 maand teruggegaan te worden in de tijd. Hoe lang er in deze gevallen precies moet worden teruggegaan, wordt niet gespecificieerd (2). Volgens het BCFI dient er bij een CT-infectie partnernotificatie te gebeuren tot 6 maanden terug (12). De behandelrichtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) houdt geen rekening met het wel of niet aanwezig zijn van klachten of met risicogedrag. Volgens het NHG moeten alle partners uit de voorafgaande 6 maanden getest worden (9).

Enkel bij zwangerschap of aanhoudende klachten is een controletest voor chlamydia aangewezen, ten minste 4 weken na het beëindigen van de antibiotische behandeling. Indien de controletest positief is na een eerstekeuzebehandeling, kunnen bijkomende testen (bijvoorbeeld resistentieonderzoek) en advies van een soa-specialist zinvol zijn (2, 11).

PID met Chlamydia als verwekker

De behandeling van een PID berust steeds op het toedienen van antibiotica. Patiënten in goede algemene toestand, zonder tekenen van systemische infectie en zonder vermoeden van verwikkelingen, kunnen ambulant behandeld worden. De eerstekeuzebehandeling bestaat uit een eenmalige dosis ceftriaxon 1 g intramusculair, gecombineerd met doxycycline 200 mg oraal per dag in 2 giften gedurende 14 dagen en metronidazol 1,5 g oraal per dag in 3 giften gedurende 14 dagen.

Bij een absolute contra-indicatie voor ceftriaxon en doxycycline kan gekozen worden voor een 14-daagse kuur met ciprofloxacine 500 mg oraal per dag in 1 gift, gecombineerd met metronidazol 1,5 g oraal per dag in 3 giften. Indien de klachten na 72 uur niet significant verbeteren, dient de patiënt te worden verwezen naar de gynaecoloog voor bijstelling van de antibioticatherapie en verdere diagnostiek. Bij vermoeden van PID tijdens de zwangerschap is verwijzing naar de gynaecoloog eveneens aangewezen (13).

Onderzoeksvraag

Met dit onderzoek willen we de patiëntvoorkeuren voor de ontwikkeling van een chlamydia-sneltest in de huisartspraktijk bij vrouwen tussen de 18 en 35 jaar nagaan.

Methodologie

Deelnemers en rekrutering

Via kwantitatief onderzoek, meer bepaald via een vragenlijst bij Nederlandstalige jonge vrouwen in België, werden de patiëntvoorkeuren van een Chlamydia sneltest in de huisartsenpraktijk onderzocht.

Hierbij werden de volgende inclusiecriteria gebruikt: vrouwen tussen de 18 en 35 jaar oud die zich presenteren in de huisartsenpraktijk waarbij een soa-test noodzakelijk werd geacht, hetzij als hoofdreden voor de consultatie (de patiënt vraagt om een soa-test, met of zonder soa-gerelateerde symptomen), hetzij om een andere reden voor het consult, waarbij uit het consult blijkt dat een soa-test relevant is in kader van routinezorg.

Vrouwen werden echter niet toegelaten tot de studie indien ze onvoldoende kennis van het Nederlands hadden om het toestemmingsformulier te begrijpen en de vragenlijst in te vullen.

De deelnemers werden gerekruteerd via één huisartspraktijk in Antwerpen (Merksem).

Indien een potentiële deelnemer voldeed aan de selectiecriteria, werd de potentiële deelnemer door de huisarts geïnformeerd over het onderzoek. Indien de deelnemer na uitleg over het doel van het onderzoek, de procedures ter bescherming van persoonsgegevens en privacy, en de vrijwilligheid van deelname nog steeds interesse toonde, werd na het ondertekenen van het informed consent formulier een QR-code gescand met de smartphone van de deelnemer. Via deze code kon vervolgens de online vragenlijst worden ingevuld.

Data verzameling

De online vragenlijst (tabel 1) werd in de periode oktober tot december 2024 afgenomen met behulp van LimeSurvey (14). De vragenlijst is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur (2, 8, 9, 15-21) en peilde naar de klachten van de deelnemers en hun voorkeuren met betrekking tot een sneltest en de rol die de huisarts hierin kan spelen.

Tabel 1: vragenlijst

Persoonsgegevens

1. In welk jaar ben je geboren? XXXX
2. Wat is het hoogste diploma dat je behaalde:
    a. Lagere school
    b. Middelbare school
    c. Hoger onderwijs

Risicobepaling/factoren

3. Waarom wil je graag een soa test (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
    a. Ik heb een seksueel contact gehad waarbij ik GEEN condoom heb gebruikt;
    b. Ik heb een seksueel contact gehad met iemand die een soa heeft waarbij ik WEL een condoom heb gebruikt;
    c. Ik heb een seksueel contact gehad met iemand die een soa heeft waarbij ik GEEN condoom heb gebruikt;
    d. Ik heb een seksueel contact gehad met iemand die een soa heeft waarbij ik WEL een condoom heb gebruikt;
    e. Ik heb vaginale klachten (meerdere antwoorden mogelijk)
        i. Abnormaal vaginaal verlies
        ii. Vaginale jeuk
        iii. Pijn bij seks
        iv. Bloedverlies na seks
        v. Bloedverlies buiten de menstruatie
        vi. Andere

f. Ik heb een nieuwe relatie;
g. Andere

Acceptatie en voorkeuren van de test

4. Wat verkies je (slechts 1 antwoord mogelijk):
    a. Een test die ik thuis kan uitvoeren en waarvoor ik bij mezelf een vaginale wisser afneem en waarvan ik het resultaat binnen het uur krijg.

    OF

    b. Een test die de arts uitvoert waarvoor die een vaginale wisser bij mij afneemt en waarvan ik het resultaat na 2 dagen krijg.
5. Welke hinderpalen ervaar je om een soa test te doen? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
    a. Ik ben bang voor het resultaat.
    b. Ik ben bang voor de test.
    c. Ik ben bang voor de reactie van mijn huisarts.
    d. Ik ben bang voor de kostprijs.
    e. Ik wil niet dat mijn ouders dit te weten komen.
    f. Ik weet niet wanneer een soa test nodig is.
    g. Ik heb nog nooit eerder seks zonder condoom gehad.
6. Wat verkies je (slechts 1 antwoord mogelijk):
    a. Ik doe mijn soa test zelf thuis zonder instructies van mijn huisarts.
    b. Ik doe mijn soa test zelf thuis na instructies van mijn huisarts.
    c. Ik doe mijn soa test zelf in de huisartspraktijk na instructies van mijn huisarts.
    d. Mijn huisarts neemt de soa test af in de huisartspraktijk.
7. Hoeveel zou je maximaal willen uitgeven voor een chlamydia en gonorroe test? Xxx euro
8. Hoe wil je het resultaat van de soa test verkrijgen: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
    a. Online via mijngezondheid.be
    b. Online via een platform van de huisartspraktijk
    c. Huisarts belt jou
    d. Jij belt de huisarts
    e. Jij belt de huisartspraktijk en de receptioniste vertelt jou het resultaat.
    f. Tijdens een consultatie bij de huisarts.
    g. Tijdens een consultatie bij een verpleegkundige van de praktijk.
9. Hoe lang zou je maximum willen wachten op het resultaat van de test? (slechts 1 antwoord mogelijk)
    a. Ik wil het resultaat onmiddellijk na de test weten, ik wil niet langer wachten.
    b. Tot één dag na het afnemen van de test.
    c. Tot één week na het afnemen van de test.
10. Wat vind je ervan dat je huisarts op de hoogte is van het resultaat van de test? (slechts 1 antwoord mogelijk)
    a. Ik vind het een voordeel.
    b. Ik hecht er geen belang aan.
    c. Ik vind het een nadeel.

Data-analyse

Wegens het lage aantal deelnemers is de data-analyse van dit onderzoek beperkt gebleven tot beschrijvende statistiek. Voor de opmaak van de tabellen werd er gebruik gemaakt van Microsoft Excel (22).

Ethiek

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van de KU Leuven (S69248). Alle deelnemers gaven vrijwillig hun geïnformeerde toestemming om deel te nemen aan het onderzoek. Ze werden grondig geïnformeerd over het doel van het onderzoek, dat deelname vrijwillig was, dat ze zich op elk moment konden terugtrekken, de duur van de vragenlijst en de procedures om de vertrouwelijkheid te garanderen.

De vertrouwelijkheid werd gewaarborgd door de vragenlijsten te pseudoanoniemiseren: deelnemers werden enkel geïdentificeerd aan de hand van een onderzoeksspecifieke code. Namen en andere

identificeerbare gegevens werden niet opgenomen in de elektronische onderzoeksdatabases. De verzamelde gegevens zijn beveiligd conform de wettelijke vereisten van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), die sinds 25 mei 2018 van kracht is.

Resultaten

In een huisartsenpraktijk in Merksem werden 8 deelnemers gerekruteerd. Alle deelnemers ontvingen een online vragenlijst. Van de 8 deelnemers vulden 7 de vragenlijst volledig in. Eén deelnemer vulde de vragenlijst niet in. De niet-ingevulde vragenlijst werd verwijderd uit de analyses.

Studiepopulatie

De deelnemers in deze studie hadden allen een verschillende leeftijd, waarvan de leeftijdsmediaan 29 jaar bedroeg. Hierbij was er een spreiding tussen de 19 jaar en 34 jaar. Op vlak van opleidingsniveau was er slechts 1 deelnemer met een diploma hoger onderwijs. De overige deelnemers hadden als hoogst behaalde diploma, een diploma van het middelbaar onderwijs

Risicobepaling/factoren

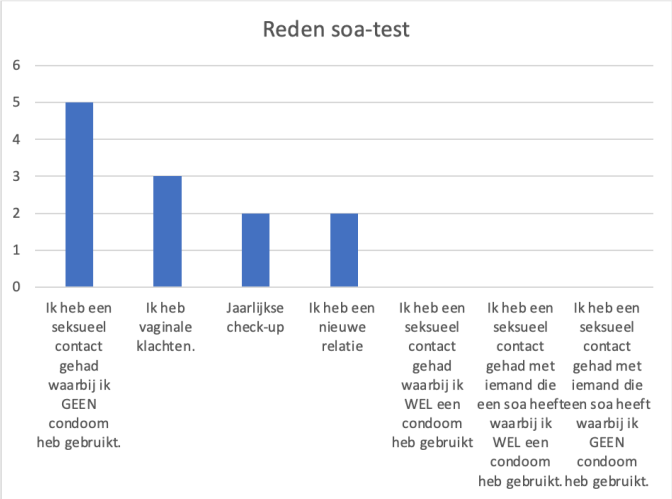
Reden voor een soa-test

De meest genoemde reden om een een soa-test uit te voeren was het hebben van een seksueel contact zonder condoom. De tweede meest voorkomende reden was het hebben van vaginale klachten. Er waren drie deelnemers die zich lieten testen om willen van een onbeschermd seksueel contact waarbij er ook vaginale klachten waren. Drie deelnemers vermelden het hebben van vaginale klachten als een reden om zich te laten testen, en vier deelnemers rapporteerde dat ze vaginale klachten hadden. Er kwam geen specifieke vaginale klacht naar voren om zich te laten testen op een soa, zoals weergegeven in grafiek 2.

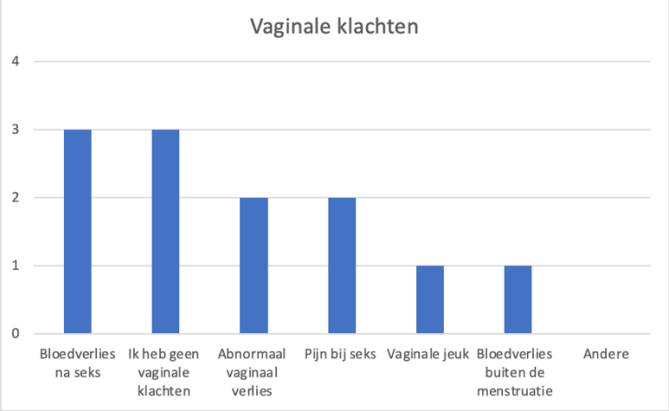
In de vragenlijst was een onderdeel “overige reden” opgenomen, dat door twee deelnemers werd ingevuld. Hier werden “jaarlijkse check-up” en “jaarlijkse controle ongeacht relatie of seksueel contact” genoemd. Daarom werd in grafiek 1 de term “overige klachten”vervangen door de term “jaarlijkse check-up”.

De overige redenen om een soa-test uit te voeren zijn beschreven in grafiek 1.

Grafiek 1: reden soa-test



Grafiek 2: vaginale klachten



Acceptatie en voorkeuren van de test

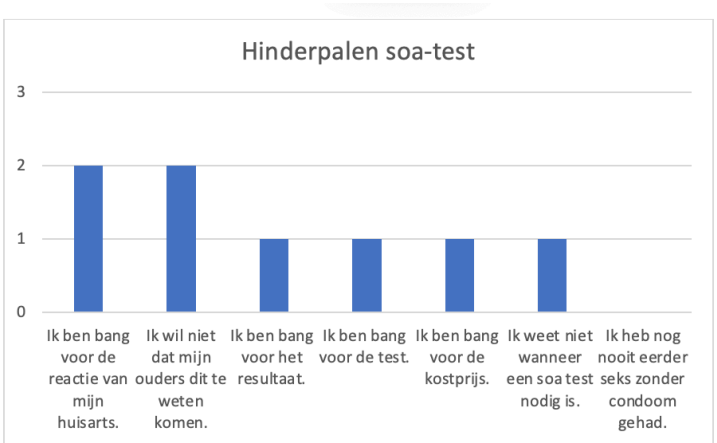
Voorkeur zelftest thuis versus test bij huisarts

Er was geen duidelijke voorkeur onder de deelnemers tussen het zelf uitvoeren van een test thuis met behulp van een vaginale wisser waarbij het resultaat binnen het uur bekend is, en het laten afnemen van een vaginale wisser bij de huisarts, waarbij het resultaat pas na twee dagen beschikbaar is.

Hinderpalen voor een soa-test te doen

Er waren vijf deelnemers die hinderpalen ondervonden voor het uitvoeren van een soa-test. De voornaamste redenen waren angst voor de reactie van de huisarts (2 van de 7 deelnemers) en het niet willen dat de ouders te weten komen dat ze een soa-test hadden laten uitvoeren (2 van de 7 deelnemers). Er was één deelnemer die vier hinderpalen heeft aangeduid, namelijk angst voor de test, angst voor de reactie van mijn huisarts, angst voor de kostprijs, en niet willen dat de ouders te weten komen dat er een soa-test is uitgevoerd. De overige hinderpalen staan beschreven in grafiek 3.

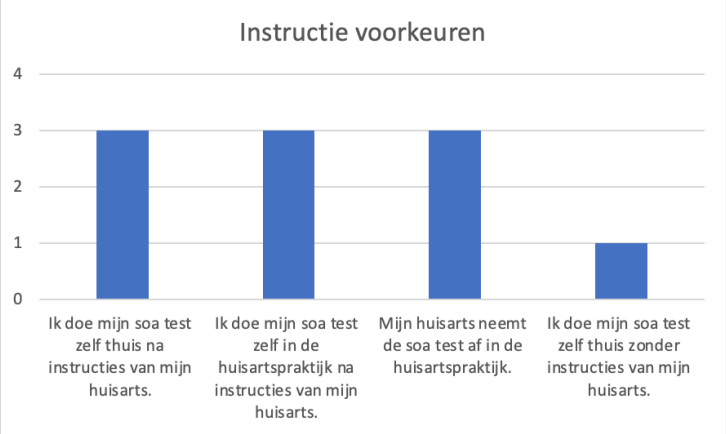
Grafiek 3: hinderpalen soa-test



Instructievoorkeuren

Er waren 3 deelnemers die verschillende voorkeuren hadden aangeduid. Er was één deelnemer die de soa-test thuis wou doen, zowel zonder als na instructie van de huisarts. Een andere deelnemer had de voorkeur om de test zowel thuis als bij de huisarts af te nemen na instructies van de huisarts. Tot slot had een andere deelnemer de voorkeur om de soa-test in de huisartsenpraktijk zelf, na instructies van de huisarts of door de huisarts zelf, te laten afnemen.

Grafiek 4: instructie voorkeuren



Kostprijs voor een chlamydia test

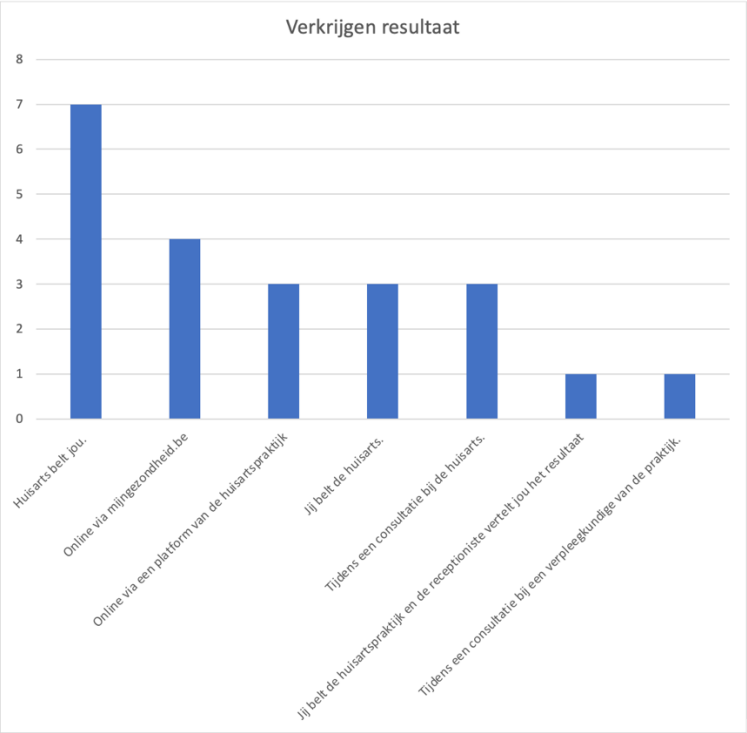
De mediaan van het bedrag dat de deelnemers wilden uitgeven aan een chlamydiatest was 10 euro, met een spreiding tussen 2 en 25 euro.

Hoe wil je het resultaat van de soa test verkrijgen?

Alle deelnemers wilden dat de huisarts hen opbelde met de resultaten van de soa-test. Meer dan de helft van de patiënten zag een online communicatiekanaal, zoals MijnGezondheid (vier deelnemers) of een platform van de huisarts (drie deelnemers), als een mogelijke manier om de resultaten te ontvangen. Verder wilden drie deelnemers zelf de huisarts opbellen om hun resultaat te verkrijgen.

Er waren drie deelnemers die twee opties aanduidden en twee deelnemers die vier opties aanduidden. Slechts één deelnemer gaf uitsluitend de voorkeur aan telefonisch contact door de huisarts voor het ontvangen van de resultaten.

Grafiek 5: verkrijgen resultaat



Hoe lang zou je maximum willen wachten op het resultaat van de test?

Eén deelnemer wilde het resultaat van de soa-test onmiddellijk kennen, alle andere deelnemers konden tot één dag na de afname van de test wachten op het resultaat.

Wat vind je ervan dat je huisarts op de hoogte is van het resultaat van de test?

Er was geen enkele deelnemer die het kennen van het testresultaat door de huisarts als een nadeel beschouwde. Vier deelnemers hechtten geen belang aan het feit dat de huisarts hun resultaat kende, en drie deelnemers beschouwden het als een voordeel dat de huisarts op de hoogte was van het resultaat van hun soa-test.

4. Discussie

1. Studieresultaten

Studiepopulatie

De deelnemers in deze studie zijn relatief laag geschoold. Slechts één deelnemer beschikt over een diploma hoger onderwijs. Het is mogelijk dat sommige deelnemers, gezien hun leeftijd, nog bezig zijn met een opleiding in het hoger onderwijs

De mate waarin iemand over gezondheidsvaardigheden beschikt, wordt beïnvloed door zowel individuele factoren als factoren van het zorgsysteem. Tot de individuele factoren behoren onder andere geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, ervaren gezondheid, sociaal-economische status, kennis, vaardigheden, vertrouwen in het eigen kunnen, cultuur en de sociale context waarin iemand leeft. Op vlak van het zorgsysteem spelen de toegankelijkheid en organisatie van de zorg een rol, evenals de wijze waarop informatie wordt aangeboden en hoe zorgverleners communiceren. Hoe complexer en minder overzichtelijk de zorg is, hoe hoger de eisen aan iemands gezondheidsvaardigheden (23-25).

Voor huisartsen is het essentieel om rekening te houden met de gezondheidsvaardigheden van hun patiënten. Beperkte gezondheidsvaardigheden worden geassocieerd met moeilijkheden in het vinden van de juiste zorg, minder zelfredzaamheid bij het omgaan met gezondheid en ziekte, beperkte participatie in consultgesprekken, een hoger zorggebruik en over het algemeen slechtere gezondheidsuitkomsten (23, 26). Specifieker geldt dat vrouwen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaak minder kennis en inzicht hebben in soa's en reproductieve gezondheidskwesties, evenals in de preventie daarvan (27).

Eerder onderzoek toont aan dat laaggeletterdheid de zorgverlening rond gonorroe kan belemmeren (28). Daarnaast is een lager opleidingsniveau vaak gekoppeld aan een lagere sociaaleconomische status, en daarmee aan lagere gezondheidsvaardigheden (29, 30). Hoewel in deze studie geen specifieke gegevens over de sociaaleconomische status zijn verzameld, is het aannemelijk dat deze factor de resultaten beïnvloedt. Het is mogelijk dat sommige deelnemers een lagere sociaaleconomische status hebben, aangezien de meerderheid relatief laaggeschoold is. Bovendien hebben studenten die nog thuis wonen en studeren vaak een beperkte financiële zelfstandigheid (31), wat ook in onze studiepopulatie kan voorkomen. Andere onderzoeken bevestigen dat sociaaleconomische ongelijkheden ook zichtbaar zijn in verschillende aspecten van seksuele gezondheid (31, 32).

De studie van Riedel et al. stelt dat zorgverleners actief moeten inzetten op het versterken van gezondheidsvaardigheden via gerichte communicatie over reproductieve gezondheid en soa’s. Dit kan bijdragen aan mondigere patiënten, een lagere prevalentie van chlamydia en gonorroe, en een positieve invloed op de reproductieve gezondheid (27).

De systematic review van Sheringham vond echter geen overtuigend bewijs voor verschillen in chlamydia-infecties naar sociaaleconomische status (33). Daarnaast houden zowel de Belgische als de Nederlandse richtlijn voor de behandeling van chlamydia geen rekening met de sociaaleconomische of gezondheidsstatus van de patiënt (2, 9). Desondanks benadrukken bovenstaande bevindingen het belang van toegankelijke en betaalbare zorg, waarbij gezondheidsvaardigheden actief worden meegenomen.

Risicobepaling/factoren

Reden voor een soa-test

De voornaamste reden die deelnemers aangaven om zich te laten testen op een soa, was het hebben van een onbeschermd seksueel contact. De tweede meest genoemde reden was het hebben van vaginale klachten. Dit stemt overeen met de bevindingen van Adam et al., die aantoonden dat het ooit ervaren hebben van soa-gerelateerde symptomen samenhangt met zich sneller te laten testen (34). De studie van Janssens toonde bovendien aan dat het ontbreken van symptomen een belangrijke barrière vormt om zich te laten testen (21).

Het consultatiegedrag van de deelnemers in deze studie blijkt voornamelijk event- of symptoomgedreven. Dit heeft implicaties voor de huisartsenpraktijk bij het ontwikkelen van een effectief screeningsprotocol voor chlamydia. Een dergelijk type consultatiegedrag bemoeilijkt het opzetten van gestandaardiseerde procedures, zoals het ontwikkelen van een flowchart of het automatisch versturen van herinneringen naar risicogroepen. Bovendien zijn consultaties bij symptoomgedreven gedrag onvoorspelbaar van aard, wat impliceert dat de huisarts een blijvend actieve en essentiële rol speelt in de opsporing van chlamydia. Dit bemoeilijkt de mogelijkheid om het screeningsproces volledig te automatiseren of te delegeren aan bijvoorbeeld een verpleegkundige of praktijkassistent, zonder tussenkomst van de arts.

Een andere vaak genoemde aanleiding voor een soa-test was het aangaan van een nieuwe relatie. Daarnaast gaven twee deelnemers aan dat zij zich lieten testen in het kader van een jaarlijkse check-up. Eén van hen had een diploma hoger onderwijs, de andere een diploma middelbaar onderwijs. Zoals eerder besproken, kan een hoger opleidingsniveau samenhangen met hogere gezondheidsvaardigheden, waardoor men mogelijk sneller geneigd is zich te laten testen. Omgekeerd kan een lager opleidingsniveau, en daarmee vaak lagere gezondheidsvaardigheden, gepaard gaan met minder kennis over wanneer een soa-test aangewezen is. Opvallend is echter dat in deze studie beide deelnemers die zich lieten testen voor een jaarlijkse check-up, niet aangaven dat ‘niet weten wanneer een soa-test nodig is’ voor hen een hinderpaal vormde.

Acceptatie en voorkeuren van de test

Voorkeur zelftest thuis versus test bij huisarts

De deelnemers van onze studie stonden open voor zowel de soa-test thuis af te nemen en het resultaat binnen het uur te kennen, als de test bij de huisarts te laten afnemen en het resultaat na twee dagen te kennen. Krause et al. en Ford et al. toonde reeds aan dat jongeren open staan voor soa-zelftesten (35, 36). De studie van Janssens gaf bovendien aan dat jongeren de huisarts beschouwen als een geschikte plek om een zelftest aan te schaffen en deze na afname in te leveren (21).

Hinderpalen voor een soa test te doen

De belangrijkste hinderpalen die deelnemers aangaven voor het laten uitvoeren van een soa-test, waren angst voor de reactie van de huisarts en angst dat ouders te weten zouden komen dat men zich heeft laten testen. Deze redenen werden genoemd door twee deelnemers, waarvan één 22 jaar oud was. Hoewel het aantal deelnemers te beperkt is om te concluderen of deze angst leeftijdsgebonden is, lijkt het mogelijk dat relatief jonge vrouwen meer geneigd zijn zich zorgen te

maken over de oordelen van belangrijke naasten, zoals ouders of de huisarts. Eerder onderzoek bevestigd dat de gevoelde schaamte en het stigma jongvolwassenen ervan kunnen weerhouden hun soa-status aan ouders bekend te maken (37, 38). De studie van Lefkowitz laat zien dat jongeren hun soa-status niet aan hun ouders willen bekendmaken om zo hun autonomie te behouden (39).

Een minder genoemde reden was angst voor het resultaat van de test. De studies van Janssens en Meadows bevestigen dat angst voor een positief testresultaat als een barriére wordt beschouwd op het zich laten testen op een soa (21, 40). Verder gaf één deelnemer aan zowel angst te ervaren voor de kostprijs als voor het uitvoeren van de soa-test zelf. De studies van Tilson et al. en Pavlin et al. bevestigen dat de kostprijs van een soa-test als een hindernis kan worden ervaren bij het zich laten testen (19, 41). Daarnaast gaven de studies van Pavlin et al. en Janssens aan dat angst voor ongemak bij het afnemen van een vulvovaginale wisser een belemmering kan vormen om zich te laten testen op chlamydia (21, 41). Zoals reeds besproken kan het lagere opleidingsniveau van de deelnemers een slechtere socio-economische status en een slechte kennis over soa-testing met zich meebrengen, wat angst voor de kostprijs en procedure van een soa-test kan genereren.

Hierbij kan de huisarts een belangrijke educatieve rol innemen om deze angst weg te nemen en zo de drempels tot soa-testing verlagen. Tot slot werd het niet weten wanneer een soa-test mogelijk is genoemd als hinderpaal op het zich laten testen op soa's. Ook hier kan de huisarts een screenende en educatieve rol opnemen.

Instructievoorkeuren:

De deelnemers in deze studie gaven aan verschillende opties geschikt te vinden om instructies te verkrijgen over het uitvoeren van een soa-test. Deze opties kunnen ook naast elkaar worden aangeboden. Wat hierbij opvalt, is dat de meeste deelnemers de betrokkenheid van hun huisarts belangrijk vinden bij de uitvoering van de test, hetzij met instructies te geven, hetzij de test door de huisarts zelf te laten uitvoeren. Eerdere studies bevestigen dat vrouwen het belangrijk vinden om vragen te kunnen stellen aan een zorgverlener met betrekking tot hun soa-test (35, 42).

Deze bevindingen onderstrepen het belang van een flexibele aanpak bij de opsporing van chlamydia, waarbij het aanbieden van verschillende instructiemogelijkheden kan bijdragen aan een hogere toegankelijkheid. Dit sluit aan bij de studie van Pavlin et al., waarin vrouwen aangeven dat zij het belangrijk vinden om keuzemogelijkheden te hebben in de manier waarop chlamydiascreening wordt aangeboden (41).

Kostprijs voor een chlamydia en gonorroe test

De deelnemers in deze studie gaven aan niet bereid te zijn veel geld uit te geven aan een soa-test, met een mediaan van 10 euro als aanvaardbare prijs. In de studie van Pavlin et al. gaven deelnemers eveneens aan dat zij gratis toegang tot chlamydiatesten wensten (41).

Mogelijks kan het opleidingsniveau hierbij een rol spelen, aangezien dit vaak samenhangt met de financiële situatie en dus met de mogelijkheden om een soa-test te kunnen betalen. Daarnaast kan het zijn dat de deelnemers niet op de hoogte waren van de doorsnee prijs van een chlamydiatest in de huisartsenpraktijk, waardoor ze een (haalbare) kostprijs moeilijker konden inschatten.

Een belangrijke kanttekening is of het haalbaar is om een kwalitatief betrouwbare chlamydia-sneltest op de markt te brengen voor een prijs van 10 euro. Ter vergelijking: het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) biedt online testmogelijkheden aan voor 30 euro, exclusief verzendkosten en testmateriaal. In de huisartsenpraktijk kost een standaard chlamydia-PCR-test 6,37 euro. Wanneer ook op gonorroe wordt getest, loopt dit bedrag op tot 27,71 euro.

Hoe wil je het resultaat van de soa-test verkrijgen?

Volgens de deelnemers in deze studie zijn er verschillende manieren mogelijk om het resultaat van een soa-test bekend te maken. Daarbij speelt de huisarts een belangrijke rol.

Dat al onze deelnemers van mening waren dat de huisarts hun mag opbellen voor bekendmaking van de resultaten, kan verschillende oorzaken hebben. Zo kan het zijn dat mensen bepaalde verwachtingen hebben naar hun huisarts toe, zoals de verwachting dat de huisarts contact opneemt bij een afwijkend resultaat. Verder was het de gewoonte van de huisartsenpraktijk waarin de deelnemers gerekruteerd werden, dat de huisarts de resultaten telefonisch meedeelt. Het belang van de huisarts in de bekendmarking van de resultaten werdt door eerder onderzoek bevestigd. Zo toonde de studie van Janssens aan dat jongeren de voorkeur geven aan het bespreken van het resultaat van een zelftest met hun huisarts. Verder geven Ford et al. en Wood et al. aan dat de afwezigheid van een zorgverlener bij een positief soa-testresultaat als negatief wordt ervaren, aangezien in dat geval begeleiding, opvolging en behandeling noodzakelijk zijn (36, 42). Wood et al. benadrukt daarbij dat telefonisch of online contact een mogelijke oplossing kan bieden (42). Daarnaast stonden de deelnemers ook open voor het gebruik van online communicatiekanalen, zoals het platform MijnGezondheid of een online patiëntenportaal van de huisarts. Dit sluit aan bij de bevindingen van Hocking et al., die stelt dat bij soa-zelftesten verschillende opties moeten worden aangeboden voor de bekendmaking van resultaten, zoals via telefoon, sms of e-mail (43).

Verschillende studies benadrukken dat bij een positief soa-testresultaat persoonlijk contact met een zorgverlener van groot belang is (36, 42).

Wij zijn van mening dat het essentieel is om bij de bekendmaking van testresultaten rekening te houden met de gezondheidsvaardigheden van de patiënt. Patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen moeite hebben met het begrijpen en interpreteren van testresultaten, waardoor de rol van de huisarts in de communicatie van deze resultaten des te belangrijker wordt om kwalitatieve zorg te kunnen leveren.

Opvallend was dat er in onze studie weinig belangstelling bestond om het testresultaat te ontvangen via een extern teamlid, zoals een receptioniste of praktijkverpleegkundige. Dit kan mogelijk verklaard worden door een beperkte vertrouwensband met deze medewerkers of met onvoldoende kennis van hun beroepsgeheim. Patiënten zijn mogelijk niet volledig op de hoogte van het feit dat ook receptionisten en praktijkverpleegkundigen onder het medisch beroepsgeheim vallen, wat kan leiden tot zorgen over de vertrouwelijkheid.

Tot slot moet bij de interpretatie van deze resultaten rekening worden gehouden dat alle deelnemers in deze studie een vaste huisarts hebben. In Vlaanderen zijn er echter ook vrouwen zonder vaste huisarts. Het is mogelijk dat mensen zonder huisarts andere voorkeuren hebben rond de bekendmaking van testresultaten, omdat zij geen bestaande vertrouwensband met een huisarts

hebben. Deze bemerking ligt in de lijn met de studie van Pavlin et al., waarin werd aangetoond dat er bezorgdheid bestaat over de vertrouwelijkheid van chlamydiatesten in een huisartsenpraktijk (41).

Hoe lang zou je maximum willen wachten op het resultaat van de test?

De meeste deelnemers gaven aan bereid te zijn om tot één dag na afname van de soa-test op het resultaat te wachten. Slechts één deelnemer gaf de voorkeur aan onmiddellijke bekendmaking van het resultaat.

We kunnen ons de vraag stellen of het wel structureel haalbaar is om in de huisartsenpraktijk het resultaat van een soa-test binnen een dergelijk korte termijn mee te delen. Indien men vanuit praktisch oogpunt rekening wil houden met deze voorkeuren van patiënten, zou een sneltest idealiter zo snel mogelijk resultaat moeten geven, zodat de huisarts dit in zijn consult kan integreren. Als we dit vergelijken met het online testingplatform van het ITG, moeten patiënten momenteel één tot zeven werkdagen wachten op hun testresultaten.

Wat vind je ervan dat je huisarts op de hoogte is van het resultaat van de test?

Geen van de deelnemers beschouwde het feit dat de huisarts het chlamydia-testresultaat kent als een belemmerende factor om zich te laten testen. Integendeel, sommige deelnemers zagen hier zelfs een voordeel in. Toch bleek uit de antwoorden enige tegenstrijdigheid: twee deelnemers gaven bij een eerdere vraag aan dat angst voor de reactie van de huisarts voor hen een hinderpaal vormde om zich te laten testen. Later gaven zij echter aan dat het kennen van het testresultaat door de huisarts voor hen niet als nadelig werd beschouwd, of zelfs als een voordeel werd ervaren.

Deze tegenstrijdigheid kan erop wijzen dat sommige deelnemers aanvankelijk terughoudend of angstig zijn om met de vraag naar soa-testing naar hun huisarts te gaan, maar uiteindelijk wel vertrouwen hebben in de manier waarop met de testuitslag wordt omgegaan en het belang inzien van de rol van de huisarts binnen de testingsprocedure.

2. Sterktes en zwaktes

De sterktes van deze studie zijn onder andere de spreiding in de leeftijd van de deelnemers en de rekrutering binnen een huisartsenpraktijk in Vlaanderen. Tegelijkertijd zijn er enkele beperkingen, zoals het geringe aantal deelnemers, de rekrutering uit slechts één huisartsenpraktijk, taalbeperkingen en een beperkte variatie in het opleidingsniveau van de deelnemers.

De beperkingen en obstakels bij het uitvoeren van een studie als HAIO

Deze studie heeft in de loop van de tijd een ander studieopzet en een andere onderzoeksvraag gekregen. De oorspronkelijke studie had als doel de betrouwbaarheid van een nieuwe (nog in ontwikkeling zijnde) chlamydia-sneltest te onderzoeken, en na te gaan hoe deze (en eventueel andere sneltesten) in de huisartsenpraktijk geïmplementeerd kunnen worden.

Hiervoor wilden we samenwerken met een bedrijf dat een dergelijke chlamydia-sneltest ontwikkelde. Het plan was om een observationele studie op te starten waarbij we, bij patiënten die de huisarts consulteerden in het kader van een soa-consult of wanneer uit het consult bleek dat een

chlamydiatest aangewezen was, naast de standaard vulvovaginale wisser (NAAT), een extra vulvovaginale wisser zouden afnemen. Deze extra wisser zou gebruikt worden om de betrouwbaarheid van de nieuwe sneltest te vergelijken met de referentiestandaard (NAAT). Daarnaast zouden de voorkeuren van patiënten met betrekking tot de sneltest worden bevraagd via een vragenlijst.

Echter, tijdens het verloop van het project traden verschillende onvoorziene omstandigheden op, waardoor het oorspronkelijke studieopzet en de doelstellingen moesten worden bijgesteld. De voornaamste obstakels waarmee het onderzoek te maken kreeg, worden hieronder toegelicht.

Vertragingen en obstakels vanuit de ethische commissie

De studie kende herhaaldelijke vertragingen, voornamelijk door administratieve belemmeringen vanuit de ethische commissie (EC). Reeds bij de eerste indiening van de aanvraag voor goedkeuring van de studie liep het proces vertraging op wegens een achterstand bij de EC. Uiteindelijk werd de aanvraag afgekeurd en werd een negatief advies geformuleerd. De EC vroeg bijkomende certificaten van zowel de onderzoekers als het bedrijf waarmee zou worden samengewerkt.

Daarnaast stelde de KU Leuven als voorwaarde dat het bedrijf waarmee we zouden samenwerken een marktconforme vergoeding zou betalen voor deelname aan de studie. Dit bleek voor het bedrijf financieel niet haalbaar, waardoor de samenwerking moest worden stopgezet. Hierdoor kon het oorspronkelijke doel van de studie, namelijk het onderzoeken van de betrouwbaarheid van de nieuwe zelftest, niet langer gerealiseerd worden. Aangezien reeds veel tijd verloren was gegaan, werd besloten om de focus te verleggen naar de vragenlijst die peilde naar de patiëntvoorkeuren voor de ontwikkeling van chlamydia-sneltesten in de huisartsenpraktijk.

Ook bij de tweede indiening bij de EC, met het gewijzigde studieopzet waarbij uitsluitend een vragenlijst werd gebruikt, werden opnieuw bijkomende documenten en toelichtingen gevraagd. Zo moest onder meer het belang van de studie mondeling worden toegelicht. Daarnaast vroeg de EC een Good Clinical Practice-certificaat (GCP-certificaat) en een curriculum vitae van elke deelnemende huisarts.

Tijdens het rekruteren van extra huisartsenpraktijken bleek het moeilijk te zijn om praktijken te vinden die bereid waren tijd te investeren in het behalen van een GCP-certificaat. Gezien de reeds opgelopen vertragingen werd uiteindelijk beslist om het onderzoek reeds te laten starten in de praktijk waar onderzoeker Laura Hoeylaerts als HAIO werkzaam was. De EC stelde bovendien als voorwaarde dat uitbreiding naar bijkomende praktijken pas drie maanden na de start van het onderzoek opnieuw aangevraagd mocht worden.

De EC hanteerde een vrij rigide houding en hield onvoldoende rekening met de specifieke context van de huisartsgeneeskunde, zoals de hoge werkdruk en beperkte tijd van huisartsen, waardoor zij weinig bereid waren om extra certificaten te behalen, evenals de lange wachttijden voor goedkeuringen. Het bleek bijzonder moeilijk om binnen deze context aan alle gestelde eisen te voldoen.

Persoonlijke omstandigheden

Tot slot speelde ook de werkdruk bij onderzoeker Laura Hoeylaerts een belangrijke rol. In de huisartsenpraktijk waar ze werkte, was de werkbelasting bijzonder hoog, wat uiteindelijk geleid heeft tot een burn-out. Hierdoor werd de dataverzameling tijdelijk stopgezet, en konden er geen bijkomende vragenlijsten meer verzameld worden. Dit heeft ertoe geleid dat het beoogde aantal deelnemers niet werd bereikt.

De werkdruk als HAIO met het uitvoeren van een onderzoeksproject en de nodige studie verplichtingen bleek moeilijk te combineren.

3. Aanbevelingen voor verder onderzoek

Voor verder onderzoek wordt aanbevolen om de zorgbehoeften rondom chlamydia-testing nader te onderzoeken, met speciale aandacht voor diverse groepen zoals mensen met lage gezondheidsvaardigheden (waaronder culturele verschillen, taalbarrières en financiële beperkingen), jonge vrouwen die nog bij hun ouders wonen en personen zonder huisarts. Daarnaast is het belangrijk om de diagnostische nauwkeurigheid van de sneltesten die momenteel in ontwikkeling zijn en hun implementatie in de huisartsenpraktijk verder te onderzoeken. Ook is het van belang om de impact van een sneltest op het consultatiegedrag bij de huisarts te onderzoeken. Tot slot verdient de sociaaleconomische invloed op gezondheidsvaardigheden met betrekking tot chlamydia verdere aandacht.

4. Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de resultaten van dit onderzoek wordt aanbevolen dat huisartsen een actieve educatieve rol opnemen bij de opsporing van chlamydia. Zij dienen patiënten duidelijk te informeren over de indicaties voor testen en het verloop van het testproces, zodat de drempel tot testen wordt verlaagd en eventuele angst voor ongemak wordt verminderd. Daarnaast is het wenselijk om verschillende afname- en instructieopties aan te bieden, waaronder zelfafname (thuis of in de praktijk) met betrokkenheid van de huisarts, of afname door de huisarts zelf. Voor het meedelen van testresultaten is het belangrijk meerdere communicatiekanalen te voorzien (telefonisch, digitaal platform, consultatie), waarbij de huisarts steeds betrokken blijft. Bij een positief resultaat dient altijd persoonlijk contact te worden opgenomen met de patiënt. Verder is het aan te bevelen dat testresultaten snel beschikbaar zijn, bij voorkeur binnen één dag. Tot slot moet de zorg laagdrempelig en betaalbaar worden aangeboden, met specifieke aandacht voor de gezondheidsvaardigheden van de patiënt.

5. Conclusie:

Deze studie, hoewel uitgevoerd met een beperkte steekproef en daardoor niet generaliseerbaar naar de volledige patiëntenpopulatie in de huisartsenpraktijk, biedt waardevolle inzichten in patiëntenvoorkeuren die relevant zijn voor de ontwikkeling en implementatie van een chlamydia-sneltest voor vrouwen tussen 18 en 35 jaar in de huisartsenpraktijk. De resultaten benadrukken de centrale rol van de huisarts bij zowel het geven van duidelijke instructies voor de testafname als bij de bekendmaking van de resultaten.

Patiënten waarderen verschillende mogelijkheden voor testafname en instructie (zoals thuisafname na instructies van de huisarts of afname door de huisarts zelf) waarbij deze opties ook naast elkaar kunnen bestaan. Bij het meedelen van testresultaten blijft de betrokkenheid van de huisarts belangrijk, met een voorkeur voor telefonisch contact, gevolgd door communicatie via een online platform. Verder wordt het essentieel geacht dat een chlamydia-sneltest betaalbaar is en binnen één dag resultaat geeft.

Deze bevindingen impliceren dat huisartsen bij de opsporing van chlamydia moeten inzetten op een flexibele, laagdrempelige en betaalbare aanpak, waarbij rekening wordt gehouden met de gezondheidsvaardigheden van de patiënt.

Bronnen

1. Sensoa. Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's): feiten en cijfers 2025 [Internet]. Sensoa. [Geraadpleegd: 4 april 2025]. Beschikbaar op: https://www.sensoa.be/seksueel-overdraagbare-aandoeningen-soas-feiten-en-cijfers.
2. Van Royen P., Van Thienen K., Mokrane S., Goemaes R., Goossens M., Piessens V., Cornelissen T., Coorevits L., De Baetselier I., Tency I., Verhoeven V., Janssen A. Richtlijnen voor de diagnose, behandeling, opvolging en verwijzing van infecties met Chlamydia trachomatis (CT) in de eerste lijn. Wilrijk: WOREL, 2025.
3. Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding-Seksuele Gezondheid. Chlamydia trachomatis en lymphogranuloma venereum. Richtlijn. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM); 11 juli 2024. Beschikbaar op:https://lci.rivm.nl/richtlijnen/chlamydia-trachomatis-en-lymfogranuloma-venereum.
4. RIVM. Nederlandse Chlamydia Cohort Studie (NECCST) 2024 [Internet]. RIVM. [Geraadpleegd: 17 juli 2024]. Beschikbaar op: https://www.rivm.nl/chlamydia-trachomatis/onderzoek/neccst.
5. Jespers Vicky, Stordeur Sabine, Desomer Anja, Carville Serena, Jones Clare, Lewis Sedina, Perry Mark, Cordyn Sam, Cornelissen Tine, Crucitti Tania, Danhier Celine, De Baetselier Irith, De Cannière Anne-Sophie, Dhaeze Wouter, Dufraimont Els, Kenyon Chris, Libois Agnes, Mokrane Saphia, Padalko Elizaveta, Van Den Eynde Sandra, Vanden Berghe Wim, Van Der Schueren Thierry, Dekker Nicole. Diagnose en aanpak van gonorroe en syfilis. Good Clinical Practice (GCP). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 310A. DOI: 10.57598/R310AS.
6. Carmine L, Castillo M, Fisher M. Testing and treatment for sexually transmitted infections in adolescents--what's new? J Pediatr Adolesc Gynecol. 2014;27(2):50-60.
7. Degroote S, Vogelaers D, Liefhooghe G, Vermeir P, Vandijck D. Sexual experience and HIV-related knowledge among Belgian university students: a questionnaire study. BMC RESEARCH NOTES. 2014;7.
8. Götz HM, van Bergen JE, Veldhuijzen IK, Broer J, Hoebe CJ, Steyerberg EW, et al. A prediction rule for selective screening of Chlamydia trachomatis infection. Sex Transm Infect. 2005;81(1):24-30.
9. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Het soa-consult. Versie 2013. Laatste wijziging januari 2025. Beschikbaar op: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/het-soa-consult.
10. Test2Know. Test2Know [Internet]. Antwerpen. [Geraadpleegd: 20 juli 2025] Beschikbaar op: https://www.test2know.eu/.
11. BAPCOC. Urogenitale infecties. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk - 2022 Met gedeeltelijke update in oktober 2024: Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission (BAPCOC); 2022. p. 39-42.
12. BAPCOC Urogenitale infecties. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk - 2022 Met gedeeltelijke update in oktober 2024. BAPCOC2022. p. 45.
13. BAPCOC. Urogenitale infecties. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk - 2022 Met gedeeltelijke update in oktober 2024: Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission (BAPCOC); 2022. p. 39.
14. LimeSurvey GmbH. LimeSurvey: open source online survey tool. Vrije Universiteit Brussel-installatie; [2024]. Beschikbaar via: https://limesurvey.vub.be.
15. Veličko I, Ploner A, Marions L, Sparén P, Herrmann B, Kühlmann-Berenzon S. Patterns of sexual behaviour associated with repeated chlamydia testing and infection in men and women: a latent class analysis. BMC Public Health. 2022;22(1):652.
16. Herbst de Cortina S, Bristow CC, Joseph Davey D, Klausner JD. A Systematic Review of Point of Care Testing for Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Trichomonas vaginalis. Infect Dis Obstet Gynecol. 2016;2016:4386127.
17. Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? Am J Public Health. 1999;89(6):899-902.
18. Markle W, Conti T, Kad M. Sexually transmitted diseases. Prim Care. 2013;40(3):557-87.

19. Tilson EC, Sanchez V, Ford CL, Smurzynski M, Leone PA, Fox KK, et al. Barriers to asymptomatic screening and other STD services for adolescents and young adults: focus group discussions. BMC Public Health. 2004;4:21.
20. Hocking JS, Parker RM, Pavlin N, Fairley CK, Gunn JM. What needs to change to increase chlamydia screening in general practice in Australia? The views of general practitioners. BMC Public Health. 2008;8:425.
21. Testen op SOA bij Vlaamse en Brusselse jongeren – identificatie van de barrières bij de reguliere SOA-test en evaluatie van de aanvaardbaarheid van SOA-zelftests [masterproef]. Gent: Universiteit Gent; 2015.

22. Microsoft Corporation. Microsoft Excel [computerprogramma]. Versie 16.61. Redmond (WA): Microsoft Corporation; 2022.
23. Heijmans M, Brabers A, Rademakers J. Health literacy in Nederland. Utrecht: Nivel; 2018.
24. Rademakers J. Kennissynthese. Gezondheidsvaardigheden: niet voor iedereen vanzelfsprekend. Utrecht: Nivel 2014.
25. Heijmans M et al. Kennisvraag. Zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden? Utrecht: Nivel 2016.
26. World Health Organization. Health Literacy, the solid facts. WHO 2013.
27. Eric Riedel PA. Chlamydia Trachomatis and Neisseria Gonorrhoeae: Impact of Health Literacy on Prevalence: Walden University 2015.
28. Fortenberry JD, McFarlane MM, Hennessy M, Bull SS, Grimley DM, St Lawrence J, et al. Relation of health literacy to gonorrhoea related care. Sexually Transmitted Infections. 2001;77(3):206-11.
29. Kim MJ, Lee H, Kim EH, Cho MH, Shin DW, Yun JM, et al. Disparity in Health Screening and Health Utilization according to Economic Status. Korean J Fam Med. 2017;38(4):220-5.
30. Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. Am J Public Health. 1992;82(6):816-20.
31. Crichton J, Hickman M, Campbell R, Batista-Ferrer H, Macleod J. Socioeconomic factors and other sources of variation in the prevalence of genital chlamydia infections: A systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2015;15(1):729.
32. Parikh S, Brennan P, Boffetta P. Meta-analysis of social inequality and the risk of cervical cancer. Int J Cancer. 2003;105(5):687-91.
33. Sheringham J, Mann S, Simms I, Stafford M, Hart GJ, Raine R. It matters what you measure: a systematic literature review examining whether young people in poorer socioeconomic circumstances are more at risk of chlamydia. Sex Transm Infect. 2013;89(2):175-80.
34. Adam P, Wit J, Hermans J, Story L, Edwards B, Murray C, et al. Understanding barriers to STI testing among young people: results from the online survey 'Getting Down To it'2011.
35. Krause J, Subklew-Sehume F, Kenyon C, Colebunders R. Acceptability of HIV self-testing: a systematic literature review. BMC Public Health. 2013;13:735.
36. Ford CA, Jaccard J, Millstein SG, Viadro CI, Eaton JL, Miller WC. Young adults' attitudes, beliefs, and feelings about testing for curable STDs outside of clinic settings. J Adolesc Health. 2004;34(4):266-9.
37. Scheinfeld E. The Role of Shame, Stigma, and Family Communication Patterns in the Decision to Disclose STIs to Parents in Order to Seek Support. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2023;20(6):4742.
38. Scheinfeld E. Shame and STIs: An Exploration of Emerging Adult Students' Felt Shame and Stigma Towards Getting Tested for and Disclosing Sexually Transmitted Infections. Int J Environ Res Public Health. 2021;2021, 18, 7179.
39. Lefkowitz ES. "Things have Gotten Better" Developmental Changes among Emerging Adults after the Transition to University. J Adolesc Res. 2005;20, 40–63. .

40. Meadows ED. University students' perceived benefits, barriers and cues toward testing for sexually transmitted diseases Cincinnati: University of Cincinnati; 2007.
41. Pavlin NL, Gunn JM, Parker R, Fairley CK, Hocking J. Implementing chlamydia screening: what do women think? A systematic review of the literature. BMC Public Health. 2006;6(1):221.
42. Wood BR, Ballenger C, Stekler JD. Arguments for and against HIV self-testing. HIV AIDS (Auckl). 2014;6:117-26.
43. Hocking JS, Guy R, Walker J, Tabrizi SN. Advances in sampling and screening for chlamydia. Future Microbiol. 2013;8(3):367-86.

Bijlagen

Bijlage 1: informed consent formulier deelnemers

Titel van de studie: De patiëntvoorkeuren voor de ontwikkeling van een nieuwe chlamydia sneltest in de huisartsenpraktijk. Opdrachtgever van de studie: *KU Leuven Herestraat 49, B-3000 Leuven* *Onderzoeksinstelling: KU Leuven Herestraat 49, B-3000 Leuven* Ethisch comité: *Ethische commissie onderzoek UZ/KU Leuven* Plaatselijke artsen-onderzoekers: Prof Ann Van den Bruel en Dr. Laura Hoeylaerts

CODE

I Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen (4 pagina's)

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een bevraging door middel van een vragenlijst. Dit betekent dat de zorg die u werd voorgesteld op de gebruikelijke manier werd uitgevoerd, in overeenstemming met de voorwaarden voor goede medische praktijk en onafhankelijk van uw eventuele deelname aan deze studie. Wij vragen u alleen of u een vragenlijst wil invullen zodat we deze voor onderzoeksdoeleinden statistisch kunnen verwerken.
Voordat u akkoord gaat om aan deze bevraging deel te nemen, vragen wij u om kennis te nemen van wat deze bevraging zal inhouden, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een "geïnformeerde toestemming" genoemd.
Wij vragen u de volgende pagina's met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de arts-onderzoeker.
Dit document bestaat uit 3 delen: essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- De behandeling die de arts-onderzoeker u in overeenstemming met de huidige aanbevelingen heeft voorgesteld niet zal veranderen door uw deelname aan deze studie.
- Deze bevraging opgesteld is na evaluatie door een ethische comité.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de arts-onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Er is een verzekering afgesloten voor het geval dat u schade zou oplopen in het kader van uw deelname aan deze klinische studie.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team.

Doelstellingen en verloop van de studie

Deze klinische studie is georganiseerd voor het *evalueren van de patiëntvoorkeuren tegenover de ontwikkeling van een sneltest voor Chlamydia in de huisartsenpraktijk*.
Deze studie is tot stand gekomen omdat het gebruik van sneltesten de drempel op het testen op Chlamydia trachomatis (een seksueel overdraagbare aandoening, SOA) zou kunnen verlagen. Hierdoor zou Chlamydia sneller en vaker opgespoord kunnen worden.
Een vroege opsporing van Chlamydia is belangrijk omdat de meeste vrouwen geen symptomen van een Chlamydia-infectie vertonen, waardoor deze infectie vaak pas laattijdig wordt opgespoord. Hierdoor kan de infectie verder doorgegeven worden en in sommige gevallen kan deze infectie ernstige complicaties veroorzaken (bv. bekkenbodemontsteking, onvruchtbaarheid, ...).

We willen met deze studie achterhalen wat de voorkeuren zijn van de patiënten tegenover dergelijke sneltest, alsook hoe we een sneltest in de huisartsenpraktijk kunnen inzetten om de best mogelijke soa-zorg op maat te leveren.
Wij stellen u voor om aan deze bevraging deel te nemen omdat uw arts u een test ter opsporing van Chlamydia trachomatis heeft voorgesteld in het kader van uw klinische situatie.
Aan deze klinische studie zouden *50* patiënten moeten deelnemen.
Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u een vrouw zijn tussen de 18-35 jaar, die op de huisartsenraadpleging komt voor een SOA-test met of zonder SOA-gerelateerde klachten of waarbij uit deze raadpleging blijkt dat een SOA-test nuttig kan zijn. Je kan niet deelnemen als je onvoldoende kennis van het Nederlands hebt voor het lezen van het informed consent formulier en het invullen van de vragenlijst.
De duur van uw deelname aan deze studie bestaat enkel uit het invullen van een digitale vragenlijst - zoals uw demografische gegevens (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau) evenals gegevens over uw seksuele geschiedenis (zoals condoomgebruik of contact met persoon dat een SOA heeft), mogelijke hindernissen en ongemakken bij het afnemen van een chlamydia sneltest met een vaginale wisser, uw voorkeuren in verband met het uitvoeren van een chlamydia sneltest (zoals wie voert de test uit of de kostprijs), en uw mening over de rol van de huisarts hierbij.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen
Uw deelname aan deze bevraging houdt geen enkel gezondheidsrisico in.
Ook moet u niet verwachten dat uw deelname aan deze studie u persoonlijke voordelen zal opleveren. U moet begrijpen dat uw deelname aan deze studie ervoor zal zorgen dat wij de patiëntenvoorkeuren van een chlamydia sneltest in de huisartsenpraktijk begrijpen en bijgevolg in de toekomst betere chlamydia sneltesten kunnen voorstellen.
Intrekking van uw toestemming
U neemt vrijwillig deel aan deze studie en u hebt het recht om uw toestemming om welke reden dan ook in te trekken. U hoeft hiervoor geen reden op te geven.
Als u uw toestemming intrekt, zullen de gegevens bewaard blijven die tot op het ogenblik van uw stopzetting werden verzameld. Dit om de geldigheid van de studie te garanderen. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden gegeven.

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

- Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.
- Geen informatie over uw gezondheidstoestand of de symptomen die u ervaart te verzwijgen.

Contact
Als u bijkomende informatie wenst, maar ook ingeval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de arts-onderzoeker (Hoeylaerts, Laura) op het telefoonnummer (0495/727474).
Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met het Ethisch Comité op het telefoonnummer: 016 34 86 00.