KU LEUVEN

ACADEMISCH CENTRUM HUISARTSGENEESKUNDE

Selectieve screening op SOA's: voor welke patiënten en hoe deze doelgroep motiveren?

Dr Nele Bollen

Promotor: Prof dr Dirk Avonts, UGent

Co-promotor: dr Eveline Sabbe

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Selectieve screening op SOA's: voor welke patiënten en hoe deze doelgroep motiveren?

Haio: Dr Nele BOLLEN
Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. Dirk AVONTS, UGent
Co-Promotor: Dr. Eveline SABBE, "Huisartsenpraktijk Klim-Op!" in Izegem

Context: Het is nuttig gebleken om aan de hand van vragenlijsten seksueel risicogedrag te bevragen en zo de indicatie voor een SOA test te bespreken tijdens de consultatie. Veel mensen komen echter niet zo vaak op raadpleging. Bovendien lenen tijd en consultatie zich niet altijd tot uitwijden over dit onderwerp. Daarom zou het interessanter zijn om het identificeren van de doelgroep voor selectieve opsporing van SOA's (d.i. in een vooraf geselecteerde hoog risico groep) te verschuiven naar buiten de consultatie.

Onderzoeksvragen: *Artsenproject*: Wanneer en hoe gebeuren de SOA testen in onze praktijk? Kunnen we verbeteringen bekomen a.d.h.v. een praktijkrichtlijn? *Patiëntenproject:* Is communicatie over seksueel gedrag tijdens de consultatie aanvaardbaar voor onze patiënten? Zijn email en Facebook een kanaal om patiënten te informeren over SOA's en risicogedrag? Kunnen we via informatieve boodschappen de kennis en attitude van onze patiënten verbeteren, hen stimuleren tot zelfreflectie en tot slot gedragsverandering uitlokken?

Methoden: *Artsenproject*: Via een retrospectieve dossieranalyse gingen we na waarom de SOA testen in onze praktijk in 2013 en 2014 gebeurden en op wiens initiatief (arts of patiënt). *Patiëntenproject:* Tussen 15 juni en 15 augustus 2014 werden alle consulterende patiënten tussen 18 en 27 jaar uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen over hun SOA kennis, risicogedrag en ervaringen met communicatie hierover. Vervolgens werden er 8 wekelijkse informatieboodschappen over SOA's en SOA testen verstuurd via email of Facebook (voorkeur patiënt). In een tweede vragenlijst werd tenslotte opnieuw gepeild naar kennis en gedrag, alsook naar de appreciatie voor deze nieuwe communicatievorm.

Resultaten: *Artsenproject:* In 2013 werden er 27 chlamydia testen aangevraagd in de praktijk. In 2014, na de invoering van een praktijkrichtlijn, waren dit er 66. Er werden zowel in 2013 als in 2014 echter ook nog veel onterechte gonokok, HIV en syfilis testen gedaan. *Patiëntenproject:* 60 patiënten (42 vrouwen en 18 mannen) vulden de eerste vragenlijst in, 33 hiervan ook de tweede. Er is geen correlatie tussen de subjectieve inschatting van de eigen SOA kennis en de punten op een objectieve kennistoets. Slechts 50% van de deelnemers met een hoog SOA risico vindt het nodig een SOA test te ondergaan. Vier patiënten hadden na de boodschappen een kennisstijging én een correctere inschatting van hun SOA risico. Slechts 1 iemand liet zich daadwerkelijk testen na het project. Deelnemers geven aan dat ze door het project gemakkelijker kunnen praten en nadenken over SOA's en hun seksueel gedrag, met ons en hun omgeving. Communicatie via email wordt goed onthaald door patiënten, Facebook werd amper gekozen. 94% van de deelnemers die al met hun arts over seksueel gedrag spraken, hebben er geen bezwaar tegen om zo'n gesprek opnieuw te voeren.

Besluit: Het sensibiliseren van artsen zorgt voor een betere selectieve opsporing van chlamydia in de praktijk. Het informeren van patiënten zorgt voor een uitnodigende communicatiesfeer en zelfreflectie, maar overtuigt mensen niet tot gedragsverandering. We mogen de verantwoordelijkheid voor indicatiestelling en initiatief dus niet volledig bij de patiënten leggen. Email is een goed communicatiemedium om te informeren over seksuele gezondheid bij 18 tot 27 jarigen.

DANKWOORD

Vooreerst een welgemeende dankuwel aan mijn promotor Dirk Avonts. Dankzij zijn inzichten en advies heb ik mijn angsten en gebrek aan ervaring kunnen overwinnen en heb ik met veel enthousiasme aan mijn manama-project gewerkt. Ik ben zeer dankbaar dat hij de deur tot deze denkwereld voor mij heeft geopend.

Vervolgens gaat er ook enorm veel dank uit naar mijn co-promotor, praktijkopleider, collega en hartsvriendin voor het leven Eveline Sabbe. Jij hebt mij op mijn best en slechtst gezien de voorbije 2 jaren en je hebt mij toch onvoorwaardelijk gesteund. Dankjewel voor al je tijd, inzet en wijsheden, als arts en co-promotor, maar vooral ook als mens.

Deze scriptie is één van de laatste stappen in mijn opleiding tot huisarts. Ik wil dan ook graag mijn ouders te bedanken om mij al 27 jaar te begeleiden tot de vrouw en arts die ik geworden ben. Ik had dit ook niet kunnen bereiken zonder mijn zus Katrien, altijd dichtbij ondanks de geografische afstand.

Last but not least dankjewel aan mijn echtgenoot Jelle, die samen met mij alle moeilijk bochten en omwegen genomen heeft en mij heeft verdragen en gesteund in stressvolle tijden.

INHOUDSTAFEL

1. Inleiding 1

2. Artsenproject 4
   - I. Situering van de praktijk 4
   - II. Dossieranalyse 2013 4
   - III. Praktijkrichtlijn 6
   - IV. Dossieranalyse 2014 7
   - V. Discussie 9
   - VI. Besluit 12

3. Patiëntenproject 13
   - I. Inleiding 13
   - II. Patiënt empowerment in de literatuur 13
   - III. Concept en onderzoeksvragen 13
   - IV. Methoden 14
   - V. Resultaten 17
     - A. Studiepopulatie 17
     - B. Communicatie over seks en SOA's 19
     - C. Gedrag en kennis over SOA's 22
     - D. Nadenken over eigen gedrag 25
     - E. Gedrag na de boodschappen 28
   - VI. Discussie 29
   - VII. Besluit 31

4. Algemene discussie 32

5. Algemeen besluit 34

6. Bronnen 35

7. Bijlagen 37
   - Bijlage 1: informatiefiche voor de patiënt 38
   - Bijlage 2: toestemmingsformulier 41
   - bijlage 3: aanvraag ethische commissie 42
   - bijlage 4: vragenlijst deel 1 48
   - bijlage 5: informatieve boodschappen 52
   - bijlage 6: vragenlijst deel 2 62
   - bijlage 7: puntensysteem kennisvragen 66

1. INLEIDING

Huisartsgeneeskunde omvat naast curatieve geneeskunde ook preventie. Met de toenemende vergrijzing worden er vanuit het RIZIV en huisartsverenigingen veel inspanningen geleverd om ouderen gezonder te laten verouderen. De nadruk ligt steeds meer op het preventief aanpakken van risicofactoren van multicausale aandoeningen (kanker, cardiovasculaire aandoeningen,…). Het ontstaan van het GMD+ is hier een typevoorbeeld van. Ook in mijn opleidingspraktijk wordt het GMD+ gehanteerd als kapstok voor het preventiebeleid.

Met het oog op mijn masterscriptie gingen wij op zoek naar hiaten in ons preventiebeleid. Hierbij vroegen we ons onmiddellijk af of wij voldoende doen voor patiënten jonger dan 45 jaar. Een deel van het GMD+ is ook bruikbaar voor jongere mensen. Alcoholgebruik, voeding, rookstop, gewichtscontrole, uitstrijkjes en vaccinaties zijn immers op alle leeftijden aan de orde. Wat echter zelden aan bod komt, en net heel belangrijk is onder de 45 jaar, is seksuele gezondheid en de opsporing van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's). Dit werd dan ook de ingangspoort voor mijn thesis.

Er bestaan al richtlijnen (o.a. domus medica, NHG) over wie best getest wordt op SOA's voor een optimale case-finding, alsook welke testen hierbij aangevraagd moeten worden.[1-2] In het verleden implementeerden enkele HAIO's zulke richtlijnen reeds in hun opleidingspraktijk.[3-7] Deze masterprojecten waren succesvol in het verhogen van de testintensiteit aangezien de artsen duidelijke indicatielijsten hanteerden en de doelgroep dus frequenter konden identificeren.

Aan deze methoden zijn echter enkele voorwaarden verbonden. Ten eerste moet de patiënt op consultatie komen. Veel jonge mensen consulteren echter zelden, waardoor de arts zelfs de kans niet krijgt om de patiënt aan te spreken. Ten tweede moet er consultatietijd over zijn om, naast de hoofdreden van de doktersvisite, nog over preventie te spreken. Vervolgens moet het onderwerp nog passen in de consultatiecontext, zodat de arts noch de patiënt zich 'ongemakkelijk' voelt. Het onderwerp SOA's past prima bij advies over anticonceptie, maar is al heel wat vreemder ter sprake te brengen in een consultatie voor een buikgriep of depressie. Het invoeren van een praktijkrichtlijn is dus nuttig, maar waarschijnlijk niet voldoende op zich.

Het zou daarom interessant zijn om niet alleen de artsen te sensibiliseren en te stimuleren om het onderwerp aan te snijden, maar ook om op grote schaal patiënten te informeren over het wat-hoe-waarom van SOA testen. Op die manier is de patiënt mee met de arts verantwoordelijk voor het interpreteren van zijn/haar eigen risico. Als we dit informatieproces kunnen verschuiven naar buiten de consultatie, zijn de beperkingen van de vorige implementatieprojecten (cfr vorige alinea) al grotendeels gecompenseerd. Eens de patiënt dan meer zelfstandig en correct kan reflecteren over zijn risicogedrag en testindicatie is het natuurlijk nog de vraag of we hen ook zover kunnen krijgen daadwerkelijk hun gedrag aan te passen en langs te komen om zich te laten testen.

Het proces waarbij de patiënt via verworven kennis mee verantwoordelijk is voor het managen van zijn gezondheid heet **patiënt empowerment**. De arts moet dit uiteraard ondersteunen en waken over de kwaliteit van de kennis.

Screening

Het is de bedoeling om met zo weinig mogelijk middelen en moeite, zoveel mogelijk diagnoses te stellen. De SOA screening die in deze scriptie beoogd wordt, duidt op een selectieve screening. Dit wil zeggen dat we niet iedereen willen testen, maar enkele diegene die een hoog risico lopen.[1] Een voorwaarde is dan dat we moeten weten *wie* tot deze hoog risico groep behoort.

SOA's: cijfers van Vlaanderen

In oktober 2014 verscheen het nieuwe SOA rapport van het wetenschappelijk instituut voor volksgezondheid (WIV) van België. Daar worden jaarlijks gegevens over SOA's verzameld, geanalyseerd en vergeleken met de voorgaande jaren.[8]

Incidentie CHLAMYDIA per 100 000 inwoners Vlaanderen, 2013		
leeftijd	vrouwen	mannen
>15	2	0
15-19	174	45
20 – 24	369	173
25 – 29	169	137
30 – 34	90	88
35 – 39	45	54
40 - 44	32	34
>44	4	47

Tabel 1: incidentie chlamydia in Vlaanderen (2013)

Chlamydia is nog steeds de belangrijkste SOA in Vlaanderen met een incidentie van 46 per 100 000 inwoners (tabel 1). Het aantal diagnoses stijgt sneller dan het aantal uitgevoerde testen, dus de ziekte is wel degelijk in opmars. Vrouwen zijn dubbel zo veel besmet als mannen. De leeftijdspiek ligt tussen 20 en 24 jaar met 542 diagnoses per 200 000 inwoners in 2013.

78% van de vrouwen en 50% van de mannen die besmet zijn, hebben geen symptomen, maar zijn wel vatbaar voor de complicaties. Deze omvatten pelvic inflammatory disease of PID (10 à 30% kans), ectopische zwangerschappen en vruchtbaarheidsproblemen. Wie de ziekte heeft, is besmettelijk, ongeacht of er symptomen zijn of niet. Het screenen van vrouwen, leidt tot een daling van het aantal complicaties. Zo'n meerwaarde is voorlopig voor mannen nog niet aangetoond.

Gonokok (9/100 000), syfilis (8/100 000) en HIV (11/100 000 (2012)) zijn veel minder frequent, maar kunnen eveneens asymptomatisch en besmettelijk zijn tegelijk. Deze infecties komen veel meer voor bij mannen dan bij vrouwen, respectievelijk 5x, 3x en 2x meer.

99% van de vrouwen met een SOA is heteroseksueel, bij mannen is dit slechts 38%. Syfilis en gonokok komen bijna uitsluitend voor bij homoseksuelen (>80%).
Chlamydia en gonokok infecties komen vooral voor bij jongvolwassenen (15-28j), terwijl syfilis ook veel voorkomt op middelbare leeftijd (20-60j).
Seksueel risicogedrag (geen condoom, >2 partners in de voorbije 6 maanden, orale seks, groepsseks, seks met iemand van hetzelfde geslacht, …) blijft de voornaamste risicofactor.

Het aantal SOA diagnoses dat volgens het WIV gesteld werd door huisartsen, in vergelijking met gynaecologen, SOA klinieken, dermatologen en internisten is zeer laag. Gemiddeld stelden de deelnemende huisartsen in 2013 slechts 1 diagnose. 50% van de huisartsen had zelfs geen enkele SOA diagnose. De meeste SOA testen in de huisartsenpraktijk gebeuren omwille van symptomen die

op een SOA kunnen wijzen. Huisartsen screenen dus te weinig! Nochtans weten we eigenlijk perfect wie behoort tot de kwetsbare groepen: jongvolwassenen, homoseksuelen en mensen met risicovol seksueel gedrag.

Manamaproject

Het praktijk verbeterend manama project zal bestaan uit twee grote delen.

Artsenproject

Om te beginnen zullen we nagaan hoe het gesteld is met de SOA screening in onze praktijk. We zullen dan, net zoals voorgaande HAIO's, een praktijkrichtlijn invoeren en het effect op de praktijk evalueren. We zullen dus via de sensibilisering van de artsen proberen beter en meer SOA's op te sporen.

Patiëntenproject

Aanvullend zullen we een patiëntenproject opzetten, om -buiten de consultatiemomenten- patiënten te stimuleren zich te laten testen als dit nodig is. Op deze manier hopen we tijdsefficiënter en doelgerichter de doelgroep te kunnen identificeren en testen.

2. EDUCATIE VAN DE ARTSEN

I. Situering van de praktijk

De huisartsenpraktijk bevindt zich in het centrum van de stad Izegem. Izegem telt 27000 inwoners waarvan 19% minderjarig is en 19% ouder is dan 65j. De werkloosheidsgraad is 5% en het aantal immigranten 1,77%.[9]

Het gaat om een solopraktijk die sinds augustus 2013 ook een huisarts in opleiding (HAIO) tewerkstelt. Er zijn 2 praktijkassistentes. Als elektronisch medische dossier (EMD) wordt Health One gebruikt. In 2013 waren er in de praktijk ongeveer 1750 GMD houdende patiënten. Hiervan waren er 415 jonger dan 18 jaar (23%), 257 tussen 18 en 28 jaar oud (14,6%) en slechts 200 ouder dan 65 jaar (11,4%). We hebben dus een praktijk met veel jonge mensen en weinig 65 plussers in vergelijking met de totale Izegemse bevolking.

II. Dossieranalyse 2013

a. Onderzoeksvragen

We proberen een beeld te scheppen van het SOA beleid in onze huisartsenpraktijk in 2013. We spitsen ons toe op chlamydia, omdat dit de frequentste SOA is.

- Hoeveel SOA testen (HIV, syfilis, gonokok, chlamydia) gebeurden er in 2013?
- Welke test(en) werden er aangevraagd in het labo om te testen op SOA's?
- Op wiens initiatief gebeurden de chlamydia testen?
- Om welke reden werden de chlamydia testen aangevraagd?

b. Methoden

Het vertrekpunt voor deze analyse is een lijst van het labo met een overzicht van al onze aanvragen voor chlamydia, gonokok, HIV en syfilis in 2013. Uit de lijst zal meteen af te leiden zijn hoeveel testen er gebeurden en via welke labo aanvraag.

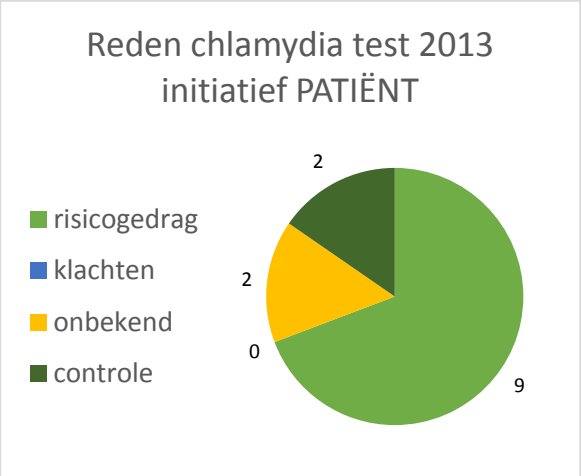
Via een retrospectieve dossier analyse in het EMD proberen we een antwoord te vinden op onze andere onderzoeksvragen. Waar reeds duidelijk noteren we wie het initiatief nam voor de chlamydia test en waarom. Dit is meestal af te leiden uit de reden van consulteren, ons actieplan en onze notities. Indien het niet duidelijk is, wordt de aanvragende arts gevraagd om de consultatie opnieuw te bekijken. Als ook de arts niet met zekerheid kan besluiten op wiens vraag en/of waarom de test aangevraagd werd, wordt dit ook zo genoteerd.

c. Resultaten

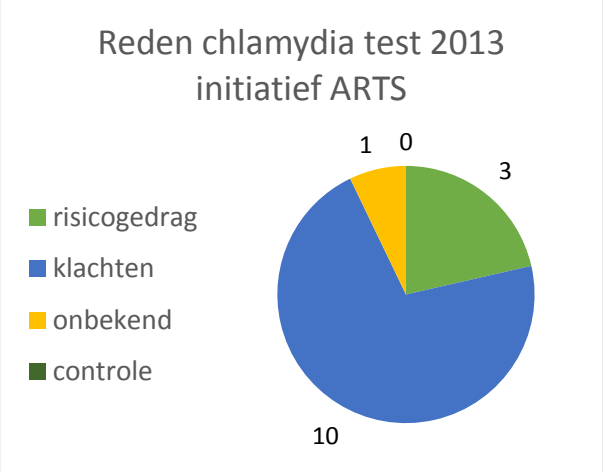
Er gebeurden 27 chlamydia testen bij 21 verschillende patiënten. Bij 4 testen (bij 4 verschillende patiënten) was de uitslag positief. Bij iedereen kon achterhaald worden wie de test voorstelde (patiënt of arts), maar niet altijd waarom.

In 13 van de 27 gevallen was het de patiënt die een SOA test vroeg: 9 omwille van risicogedrag (seks zonder condoom, wissel van sekspartner), 2 controles na een vroegere chlamydia diagnose en bij 2 testen kon de reden niet duidelijk achterhaald worden (figuur 1).

In de 14 andere gevallen gebeurde de test op initiatief van de arts: 10 door klachten die kunnen wijzen op een chlamydia infectie, 3 als echte selectieve screening (risicogedrag) en in 1 situatie kon de reden niet meer achterhaald worden uit het EMD (figuur 2).



Figuur 1: chlamydia testen op initiatief van de patiënt in 2013



Figuur 2: chlamydia testen op initiatief van de arts in 2013

Van de 4 positieve testen hadden er 3 patiënten suggestieve klachten en was de arts de initiatiefnemer. De vierde test gebeurde op initiatief van een patiënt die seks gehad had zonder condoom. De *polymerase chain reaction* (PCR) test voor chlamydia werd 25 keer uitgevoerd op urine en 2 keer op een cervicale wisser (beiden n.a.v. symptomen, op initiatief van de arts).

Bij 22 van de 27 chlamydia testen werd ook een gonokok test aangevraagd, dewelke allemaal negatief waren. Eén keer gebeurde de gonokok test op een cervicale wisser, de andere 21 keer op urine. Gonokok werd nooit aangevraagd zonder chlamydia.

Er gebeurden heel wat meer HIV testen, namelijk 135.

Voor syfilis werd 43 keer VDRL aangevraagd en 63 keer TPHA, 7 keer ervan samen.

d. Besluit

De artsen vragen een chlamydia test vooral aan op basis van klachten die kunnen passen bij een infectie. Dit is eigenlijk geen screening meer, aangezien er dan al sprake is van symptomen. De patiënten denken vooral aan SOA testen als ze risicovol seksueel gedrag stellen. Dit is wél echte (selectieve) screening. We kunnen hieruit afleiden dat de artsen dus vooral screenen op vraag van de patiënt, die zelf als enige op de hoogte is van zijn seksueel gedrag. Voor syfilis worden TPHA en VDRL door elkaar aangevraagd, voor een chlamydia test gebruiken we opvallend meer een urinestaal dan een wisser.

III. Praktijkrichtlijn

In december 2013 werd een praktijkrichtlijn gemaakt en geïmplementeerd. Wij creëerden deze op basis van de EBM aanbevelingen van Isabel Brosius.[7] Wij pasten deze aan volgens de huidige richtlijnen van domus medica en NHG, de bevindingen van het WIV en onze ervaringen in de praktijk (tabel 2).

a. Wie en wat testen

De vier voornaamste aanpassingen zijn:

1. Wij kiezen er voor om bij iedereen die we testen op SOA's tenminste een chlamydia test af te nemen. Dit omdat er een lage drempel voor deze test wordt voorgesteld door alle richtlijnen.
2. Gezien gonokok en syfilis infecties eerder zeldzaam zijn bij vrouwen, houden we hier de drempel dan weer bewust lager.
3. Sinds kort wordt aangeraden om ook vrouwen die zwanger zijn te screenen op chlamydia, gezien de nefaste gevolgen voor de baby bij verticale transmissie en de toenemende verspreiding van deze SOA. Dit werd toegevoegd aan de praktijkrichtlijn in december 2014.
4. Bij patiënten die zelf komen vragen om een SOA test, doen wij standaard een chlamydia test, maar kiezen wij er eveneens voor om ook altijd een HIV test te doen (rekening houdend met de incubatietijd en het eventuele risicogedrag). We hebben immers de ervaring dat de meeste patiënten dit vooral verstaan onder 'SOA' test. Andere testen kunnen uiteraard ook bij gevraagd worden i.f.v. het risico.

	chlam	gono	syf	HIV	HBV	HCV
Zelf SOA diagnose	x	x	x	x	X*	
Partner met SOA diagnose	x	(x)	(x)	(x)	(x)*	
Homoseksuelen	x	x	x	x	X*	x
Vrouwen < 35 met • nieuwe partner <6m • 2 partners < 12m	x	(x)	(x)	(x)	(x)*	
Abortus	x	x	(x)	x		
Zwangerschap	x	(x)	x	x	X*	
Seks in het buitenland, vooral endemische gebieden	x	(x)	(x)	x	X*	
IV drugs				x	X*	x
Screening op vraag van patiënt	x	(x)	(x)	x	(x)*	(x)
Inconsistent condoomgebruik	x	(x)	(x)	(x)	(x)	
					* indien niet gevaccineerd (x) in functie van het risico	

Tabel 2: SOA praktijkrichtlijn: wie en wat?

Bij het uitvoeren van SOA testen, kijken we ook na of de patiënt gevaccineerd is tegen hepatitis B. Indien deze status niet gekend is, wordt HbsAb bij gevraagd. Zo nodig wordt de patiënt gestimuleerd om zich te laten vaccineren.

b. Labotesten

De aangevraagde testen in de opleidingspraktijk bleken reeds grotendeels overeen te komen met de literatuur, op uitzondering van syfilis. De TPHA test en de VDRL test worden door de artsen wisselend of soms zelfs tegelijk aangekruist. Wij spraken af de TPHA test te gebruiken.
Ook bij chlamydia doen we vaker een PCR op urine i.p.v. op een wisser (hogere sensitiviteit), ook bij klachten. Dit komt o.a. doordat de drempel voor patiënten lager ligt. Waar mogelijk (bv waar ook een vaginaal onderzoek gebeurt) of aanvaard door de patiënt, zullen we trachten toch een wisser te gebruiken. Hoewel aangeraden door domus medica, zullen we positieve resultaten niet standaard laten bevestigen op een tweede staal.[1]

Een overzicht van de labotesten die we zullen gebruiken vind je in tabel 3.

SOA	**Technisch onderzoek**
Chlamydia	Eerstestraalurine (liefst wisser bij klachten)
Gonokok	Eerstestraalurine (liefst wisser bij klachten)
Syfilis	TPHA
HIV	HIV-1 en HIV-2 antistoffen
Hepatitis B	HbsAg
Hepatitis C	Anti-HCV-antistoffen

Tabel 3: SOA testen praktijkrichtlijn: labo aanvraag

c. Behandeling

Voor het behandelen van chlamydia, gonokok en syfilis volgen we de schema's zoals voorgesteld in de Belgisch gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk editie 2012.[10]
Voor hepatitis B, hepatitis C en HIV zullen we de patiënten doorverwijzen voor behandeling.

Sinds 1 januari 2014 streven we er naar om patiënten op dezelfde manier te testen en te behandelen. Waar we de kans zien, proberen we te polsen naar risicofactoren en zo nodig de geïndiceerde testen aan te bieden.

IV. Dossieranalyse 2014

a. Onderzoeksvragen

- Vaststelling 2013: We vragen vooral VDRL aan om syfilis te testen, terwijl dit best TPHA zou zijn.
  Onderzoeksvraag: Kunnen we via een praktijkrichtlijn bekomen dat enkel nog TPHA en niet meer VRDL aangevraagd wordt ter screening van syfilis?

- Vaststelling 2013: Er gebeurden in 1 jaar slechts 14 chlamydia testen op initiatief van de arts
  Onderzoeksvraag: Kunnen we via een praktijkrichtlijn bekomen dat artsen meer chlamydia testen afnemen?

- Vaststelling 2013: Slechts 3 van de 14 chlamydiatesten op initiatief van de arts gebeurden omwille van risicogedrag
  Onderzoeksvraag: Kunnen we via een praktijkrichtlijn bekomen dat artsen meer écht screenen op chlamydia i.p.v. enkel te testen omwille van klachten die kunnen wijzen op deze aandoening?

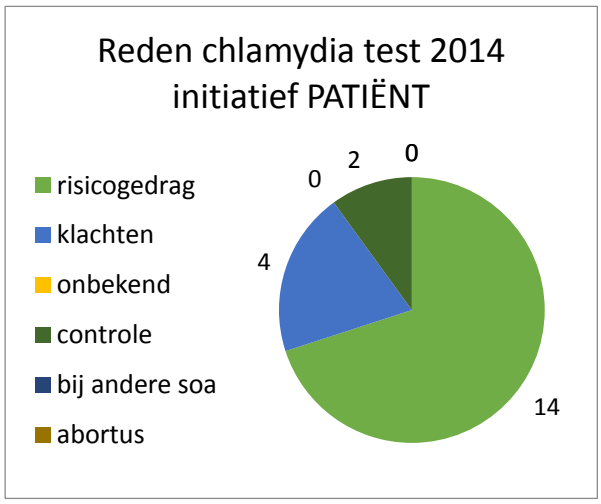
b. Methoden

Het vertrekpunt voor deze analyse is een lijst van het labo met een overzicht van al onze aanvragen voor chlamydia, gonokok, HIV en syfilis in 2014. Uit de lijst zal meteen af te leiden zijn hoeveel testen er gebeurden en via welke labo aanvraag. Via een retrospectieve dossieranalyse in het EMD proberen we een antwoord te vinden op onze andere onderzoeksvragen (cfr methode dossieranalyse 2013).

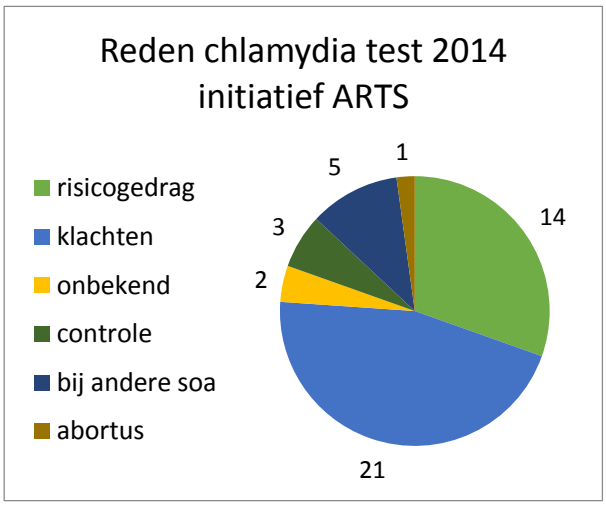
c. Resultaten

In 2014 werden er 66 chlamydia testen afgenomen bij 64 patiënten. Deze werden allemaal uitgevoerd op urine. Bij iedereen kon achterhaald worden wie de test voorstelde (patiënt of arts), maar niet altijd waarom.

Er gebeurden 20 chlamydia testen op vraag van de patiënt: 14 omwille van risicogedrag, 4 op basis van klachten en 2 als controle van een vroegere infectie (figuur 3).



Figuur 3: chlamydia testen op initiatief van de patiënt in 2014



Figuur 4: chlamydia testen op initiatief van de arts in 2014

Veel meer testen gebeurden op initiatief van de arts, nl. 46: 14 omwille van risicogedrag, 21 op basis van klachten, 5 als aanvulling bij een andere SOA diagnose, 3 controles na een vroegere infectie, 1 bij een abortus en bij 2 testen kon de oorzaak niet afgeleid worden uit de consultatie (figuur 4).

Van de 66 chlamydia testen waren er 6 positief (6 verschillende patiënten). Al deze positieve testen werden aangevraagd op initiatief van de arts. Drie ervan omwille van risicogedrag, 2 omwille van een andere SOA en één omwille van klachten.

Er werden 52 gonokok testen afgenomen bij 48 patiënten, waarvan er 1 positief was. Al deze testen gebeurden op urine.

Er gebeurden 169 HIV testen in onze praktijk in 2014.

Voor syfilis gebeurden er 4 aanvragen voor VDRL en 103 voor TPHA. Bij 1 patiënt werd 5 keer een TPHA en VDRL test tegelijk aangevraagd i.k.v. diagnose en opvolging.

V. Discussie

a. Aantal diagnoses

In onze praktijk worden meer SOA's gediagnosticeerd dan de éne diagnose die huisartsen gemiddeld stellen, zoals voorgesteld in het rapport van het WIV. Wij stelden in 2013 namelijk bij 4 patiënten de diagnose van chlamydia. In 2014 waren dit er 6, alsook 1 patiënt met syfilis én gonokok. Chlamydia heeft een incidentie van 46 per 100 000 (0.046%) in Vlaanderen. Volgens deze cijfers zouden wij 0,81 chlamydia besmettingen moeten gevonden hebben bij onze 1750 patiënten. Wij hebben dus veel meer diagnoses gesteld dan verwacht.

Een verklaring zou kunnen zijn dat de prevalentie van chlamydia in Izegem hoger ligt. Er zijn geen specifieke cijfers beschikbaar voor Izegem. In Vlaanderen in het algemeen zouden er alleszins veel meer mensen positief zijn dan de incidentie van 0,046% doet vermoeden, namelijk ongeveer 5%.[11] Dat er in onze praktijk dan ook daadwerkelijk meer gevonden worden, doet vermoeden dat wij meer testen dan de gemiddelde huisarts. Er zijn geen cijfers over hoeveel testen er in de Vlaamse huisartsenpraktijken afgenomen worden. Een andere mogelijke reden kan zijn dat wij in 2013 vals-positieve testen hebben gehad, aangezien wij asymptomatische patiënten geen controle aanboden.

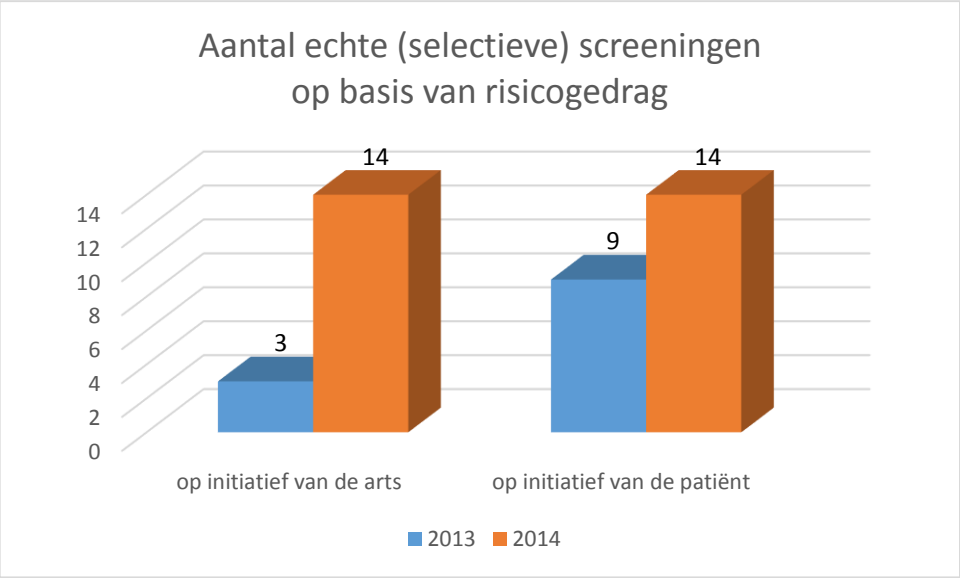
In 2014, na het implementeren van de praktijkrichtlijn, diagnosticeerden we 8 keer een SOA bij 7 verschillende patiënten. Dit is opnieuw een bevestiging: in onze praktijk worden er meer SOA's gediagnosticeerd dan gemiddeld.

De patiënt met de gonokok en syfilis infectie is geen vaste patiënt bij ons. Hij koos ervoor om naar ons te komen i.p.v. zijn vaste arts, omdat hij dit gênant vond. Mogelijks hebben ook wij patiënten die elders gaan voor hun diagnose en opvolging. Het is dus niet mogelijk om op basis van de testen alleen een uitspraak te doen over de populatie van de praktijk.

b. Chlamydia testen

In vergelijking met 2013, werden er in 2014 meer testen aangevraagd door de artsen (46 i.v.m. 14). Niet alleen dachten de dokters in 2014 meer aan chlamydia bij suggestieve symptomen (21 i.v.m. 10), maar ook hebben we er meer risicogedrag uit gehaald: 14 echte screeningen i.p.v. 3 in 2013 (figuur 5).

In 2014 stelden 4 patiënten zelf een test voor omdat ze klachten hadden die op chlamydia konden wijzen (0 in 2013). Er gebeurden ook 5 extra screeningen, n.a.v. risicogedrag, op initiatief van de patiënt (14 t.o.v. 9). Een mogelijke verklaring voor deze stijgingen, is te vinden bij het parallel lopende patiëntenproject (zie verder), alsook de bespreekbaarheid in de praktijk en de alertheid voor signalen bij de artsen.



Figuur 3: aantal selectieve screening in 2013 en 2014

Alle chlamydia testen als aanvulling op een diagnose van een andere SOA gebeurden op initiatief van de arts.

In 2013 en 2014 stelden telkens 2 patiënten zelf voor om opnieuw een chlamydia test uit te voeren na een chlamydia behandeling. In 2013 deden de artsen dit nooit, in 2014 gebeurde dit wel 3 keer. Bij het nakijken van de dossiers ging het om 3 patiënten waarbij we duidelijk zichtbaar in het EMD genoteerd hadden dat we de chlamydia test moesten herhalen. Voordien werd dit niet zo opgeschreven en werd dit bij diagnose enkel mondeling aan de patiënt gezegd, zonder verdere navolging door de arts zelf. Als de patiënt deze controle vergat en de arts er bij de eerstvolgende consultatie ook niet meer aan dacht, was er geen controle. Notatie in het EMD blijkt dus nuttig, naast de medewerking van de patiënt.

In 2014 werden àlle 66 chlamydia testen uitgevoerd op urine, in 2013 gebeurden 2 van de 27 testen nog wel op een genitale wisser. Ook dit is nog een verbeterpunt, aangezien de sensitiviteit van een wisser net iets hoger is en er aangeraden wordt bij suggestieve klachten een wisser te gebruiken.[1] De ervaring leert ons echter dat dit voor (vooral jonge) patiënten psychologisch moeilijk ligt. Voorlopig werd dus (heel bewust) beslist om zo niet-invasief mogelijk te zijn.

De positieve stalen werden niet gecontroleerd alvorens te behandelen, zoals voorgesteld door de domus medica richtlijn. Wij hebben er steeds voor gekozen onmiddellijk antibiotica voor te schrijven i.p.v. het risico te nemen dat de patiënt onbehandeld uit ons beeld zou verdwijnen omdat we moeten wachten op een controlestaal.

c. HIV

In 2014 (169) gebeurden er 34 HIV testen meer dan in 2013 (135). Er is niet nagekeken of al deze HIV aanvragen terecht waren. Begin 2015 werd er in de praktijk besproken waarom we zoveel HIV testen afnemen, veel meer dan chlamydia, en veel meer in 2014 dan in 2013.

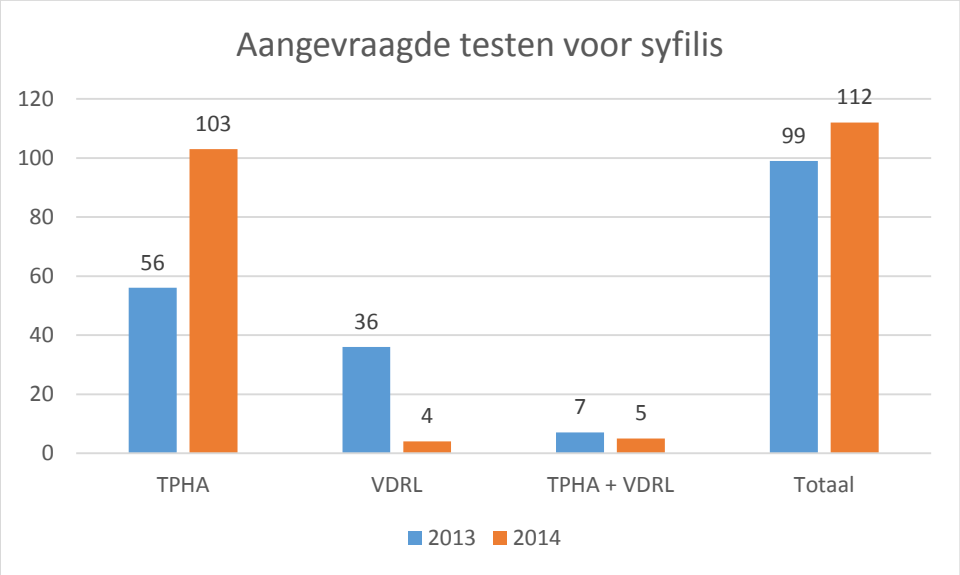
De focus van het praktijkproject lag vooral op chlamydia, maar de aandacht voor SOA's in het algemeen is echter ook toegenomen in de praktijk. Dit is een eerste mogelijke verklaring voor de toename.

We noteren maar zelden expliciet de reden voor een HIV test in het EMD. Door ondervraging van de artsen stellen we vast dat bij een bloedafname (om eender welke reden) vaak aan de patiënt wordt gevraagd of de SOA's mee bepaald moeten/mogen worden in het bloed. Wanneer de patiënt hierop affirmatief antwoordt of wanneer hij/zij risicogedrag beschrijft (zowel recent als lang geleden), wordt HIV mee bepaald. Dit staat zelden genoteerd in het EMD, omdat deze ondervraging telkens gebeurde tijdens bloedafname. Een andere veel voorkomende reden voor een HIV test is een zwangerschap. Tenslotte behoren ook specifieke vraag naar SOA screening, werken in de gezondheidssector en aspecifieke klachten en vermoeidheid tot de beweegreden voor deze testen.

Een echt vast stramien voor de indicatiestelling ontbreekt helaas nog steeds. Meestal gebeurden deze testen immers toevallig 'omdat er toch bloed getrokken werd', zonder volledig SOA gesprek. Helaas kunnen we hierdoor vermoeden dat we, zowel in 2013 als in 2014, te enthousiast geweest zijn en mogelijks te veel HIV testen afgenomen hebben. Een extra kruisje op het aanvraagformulier, zonder correcte indicatie, is ook geen goed screeningssysteem. Een nieuw project, met de focus op HIV, zou zeker nuttig zijn voor de praktijk.

d. Syfilis

In 2014 gebeurden er 103 aanvragen voor TPHA en 9 voor VDRL. Bij 5 VDRL testen ging het om een combinatie met TPHA in opvolging van een diagnose. De andere 4 VDRL testen werden aangevraagd in de eerste 4 maanden van 2014, toen de praktijkrichtlijn pas ingevoerd was. Dit is een duidelijk verschil met 2013, waar VDRL nog zeer veel onterecht werd aangevraagd (figuur 6).



Figuur 4: labotesten aangevraagd voor syfilis in 2013 en 2014

De implementatie van de richtlijn was hiervoor dus succesvol en leidde tot het bijna altijd correct aanvragen van syfilis testen.
Er werd niet nagekeken of de syfilis testen gebeurden om de juiste reden. Syfilis wordt vaak samen met HIV aangevraagd, vermoedelijk dus ook te vaak zonder voorafgaand gesprek. Dezelfde bemerkingen gelden voor het vermoedelijk te hoge aantal syfilis testen.

e. Gonokok

In 2014 gebeurden er 52 gonokok testen bij 48 patiënten, in 2013 maar 22 bij 18 patiënten. Al deze aanvragen gingen gepaard met een chlamydia test.

Een retrospectieve dossieranalyse was hierover niet gepland, maar werd toch kort uitgevoerd, omdat het aantal in 2014 veel hoger lag dan verwacht volgens de hoge drempel in de praktijkrichtlijn. Slechts in 18 van de 52 gevallen bleek deze test werkelijk geïndiceerd volgens ons praktijkrichtlijn (andere SOA, zeer hoog risico, abortus, homoseksueel). Net als bij HIV, zijn we ook hier te enthousiast geweest. Deze test werd vaak aangekruist als er toch ook al een chlamydia test nodig was. Naar de toekomst toe moeten we ook hier strenger zijn.

VI. BESLUIT

In onze praktijk worden er meer SOA diagnoses gesteld dan het gemiddelde van de huisartsen in Vlaanderen. Door de implementatie van een praktijkrichtlijn hebben de artsen meer chlamydia testen aangevraagd, alsook meer echt gescreend op basis van risicogedrag. Eveneens hebben we onze labotesten voor syfilis herzien en vroegen we in 2014 bijna altijd de correcte test aan. De keerzijde van deze bereikte doelen, is dat wij ook te veel HIV, syfilis en gonokok testen afgenomen hebben. De uitdaging voor de toekomst zal zijn de chlamydia screening nog verder te verbeteren, maar tegelijk kritisch te blijven omtrent indicaties voor SOA testen in het algemeen.

3. EDUCATIE VAN DE PATIËNTEN

I. Inleiding

Om risicopatiënten systematisch uit te nodigen tot SOA screening moeten we eerst weten welke patiënten tot onze doelgroep behoren. Deze groep blijkt echter niet terug te vinden via een dossieranalyse in het EMD. Van alle risicofactoren staan immers enkel leeftijd en geslacht geregistreerd. Seksuele geaardheid en gedrag wordt niet door de artsen genoteerd.

Theoretisch zouden we, na het afspreken van een praktijkrichtlijn, bij iedere patiënt die komt deze risicofactoren kunnen bevragen. Dit was al enkele keren de setting van een praktijkproject van HAIO's in het verleden.[4-7] Verschillende factoren zorgen er echter voor dat ook dit systeem niet waterdicht is. Ten eerste consulteren jongere patiënten nooit of niet frequent hun huisarts. Anderen komen wel op raadpleging, maar voor een reden die ver staat van seksuele gezondheid. Ook een deel van hen komt mogelijks in aanmerking voor SOA screening. Tenslotte kan besproken seksueel gedrag een week nadien al veranderd zijn, waardoor er dan misschien toch een indicatie is tot screenen.

Als arts blijkt het dus zeer moeilijk de volledige verantwoordelijkheid te dragen voor het identificeren van de doelgroep, omdat de doorslaggevende informatie enkel gekend is door de patiënt zelf. De opdracht om te waken en te reflecteren over het risicogedrag en de noodzaak tot screening, zou dus een gedeelde taak moeten zijn tussen arts en patiënt.

II. Patiënt empowerment in de literatuur

Via pudmed werd een zoektocht verricht a.d.h.v. de volgende Mesh-termen: STD, communication, texting, internet, patiënt empowerment. Uit de literatuur blijkt dat we via het correct informeren van patiënten niet alleen hun kennis verhogen over dit topic, maar eveneens ook een groot deel van hen motiveren tot zelfreflectie over hun seksueel gedrag en ideeën omtrent SOA's. Nieuwe communicatiemiddelen zoals sociale media, SMS en email worden hierbij naar voor geschoven als alternatieven om efficiënt, goedkoop en snel een groter publiek te bereiken.[12-14] In een RCT van Lim et al. (n=337, FU 12 maanden) kon men via SMS en emails over seksuele gezondheid jongeren tussen 16 en 29 jaar stimuleren om een SOA test te ondergaan.[15] Gold et al. stelden hetzelfde vast bij een studie met 587 jongeren in Melbourne die gedurende 4 maanden SMS boodschappen kregen.[16] In beide studies steeg de kennis over SOA's en werd deze wijze van communicatie goed onthaald door de jongeren. De informatieve berichten werden zelfs aan anderen getoond en besproken bij 73% van de deelnemers.

III. Concept en onderzoeksvragen

Zoals in de literatuur beschreven, zullen ook wij een aantal informatieve boodschappen over SOA's versturen naar patiënten. Voor en na deze berichten wordt een vragenlijst afgenomen om te peilen naar de opvattingen rond SOA's en SOA testen.

We proberen de volgende vragen te beantwoorden:

a. Communicatie

- ✓ Is communicatie over seksuele gezondheid tijdens de consultatie aanvaard bij onze patiënten?
- ✓ Wordt het gebruik van email / Facebook als communicatiemiddel voor seksuele communicatie aanvaard door patiënten?

b. Gedragsverandering

- ✓ Kunnen we via informatieve boodschappen de kennis en mening van onze patiënten verbeteren, hen zo stimuleren tot zelfreflectie en zo gedragsverandering uitlokken?

IV. Methoden

a. Inclusie – en exclusiecriteria

Alle GMD-houdende patiënten tussen 18 en 27 jaar komen in aanmerking om deel te nemen. Er werd gekozen voor deze leeftijdsgroep, omdat de incidentie van SOA's hier het hoogst ligt. Het GMD is nodig, omdat we enkel bij die patiënten enigszins de invloed van dit project op de praktijk verder kunnen opvolgen. Zowel mannen als vrouwen, zowel hetero's als holebi's mogen deelnemen. We houden de studiegroep zo breed, omdat we de kennis van iedereen willen vergroten, los van het al dan niet nodig zijn van een SOA test.

b. Rekruteren van deelnemers

Tussen 15 juni 2014 en 15 augustus 2014 proberen we patiënten die voldoen aan de inclusiecriteria en die op consultatie komen enthousiast te maken om mee te doen. Ook in de wachtzaal van de praktijk werd een poster opgehangen met informatie.

Helaas is dit meteen ook een beperking van de studie. Zo worden immers een heleboel patiënten (d.i. zij die niet op consultatie komen) niet uitgenodigd om mee te doen. Voor deelname moet er echter een toestemmingsformulier ondertekend worden, vandaar deze keuze. Wel proberen we iedereen van de doelgroep om hun medewerking te vragen, ook als hun reden van consulteren ver van seksuele gezondheid ligt.

c. Informed consent

De deelnemers krijgen elk een informatie– en toestemmingsformulier (bijlage 1 en 2), goedgekeurd door de commissie voor medische ethiek UZ Gent op 5/5/2014 (bijlage 3).

Op het toestemmingsformulier moeten de deelnemers naast hun handtekening, ook aanduiden op welke wijze zij de informatieboodschappen wensen te ontvangen. Dit kan via een klassiek emailadres, of – indien zij niet beschikken over een emailadres en/of hier niet frequent op kijken- via Facebook privéberichten. Hiertoe kunnen zij hun Facebook emailadres noteren of hun schermnaam.

Vervolgens wordt gevraagd zo snel mogelijks, liefst onmiddellijk na de consultatie, de eerste enquête in te vullen. De toestemmingsformulieren, inclusief contactgegevens, van zij die de vragenlijst later nog zullen binnenbrengen, worden apart gehouden. Eind augustus 2015 ontvangt deze groep immers een herinnering om de vragenlijst in te vullen of door te geven dat ze liever niet meer deelnemen.

De vragenlijsten werden niet onmiddellijk doorgenomen bij ontvangst, maar verzameld in een doos. Dit om de anonimiteit te garanderen.

Iedereen die het toestemmingsformulier invulde, zal de boodschappen ontvangen.

d. Eerste enquête (bijlage 4)

Bij aanvang van de studie zullen we in een beperkte vragenlijst naast demografische gegevens (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, beroep, seksuele geaardheid) ook peilen naar condoomgebruik, vroegere arts-patiënt contacten over seksuele gezondheid, het subjectief ingeschatte SOA risico en vroegere SOA testen. Ook zullen we met 4 vragen de SOA kennis proberen te objectiveren.

Deze vragenlijst is anoniem, maar er wordt wel aan de deelnemer gevraagd een unieke cijfer/lettercode op het formulier te noteren . Deze code moet hij later ook noteren op een tweede enquête. Uiteraard mag deze code geen link bevatten met hun identiteit. Op deze manier kunnen de gegevens van de tweede vragenlijst gekoppeld worden aan de eerste die de demografische gegevens bevat.

e. Boodschappen (bijlage 5)

Tussen 1 september en 15 oktober zullen wij de deelnemers wekelijks een boodschap sturen via het gekozen communicatiemedium. De thema's die aan bod komen zijn: SOA's (risicofactoren? symptomen? gevolgen? preventie?), SOA screening (hoe? kostprijs? indicaties?) veilig seksueel contact (condoomgebruik, toestemming) en het beroepsgeheim. Ze kunnen op elk moment opteren om deze berichten niet meer te krijgen door 'stop' te antwoorden op de berichten. Deelnemers zullen ook aangemoedigd worden om met hun huisarts te spreken over seksuele gezondheid en om –indien nodig- een SOA test te ondergaan.

De boodschappen worden verstuurd vanop het neutrale emailadres van de praktijk. Deelnemers kunnen elkaars identiteit niet zien aangezien er gebruik wordt gemaakt van blind carbon copy, of BCC. Er werd telkens eenzelfde lettertype gebruikt, alsook een grijze tekstkleur. Elke email wordt ondertekend met 'groetjes, Nele Bollen en Eveline Sabbe'. Onderaan de email staat een standaard tekstje om de email telkens opnieuw te kaderen in het SOA project en de patiënten uit te nodigen om er met hun arts over te spreken:

"Je ontvangt deze email in het kader van je deelname aan onze praktijkstudie over seksueel overdraagbare ziektes. Om je uit te schrijven, mag je antwoorden op deze email. Met praktische vragen kan je steeds bij ons terecht. Voor inhoudelijke vragen of vragen met betrekking tot je eigen gezondheid of indicatie tot SOA screening, maken wij graag voldoende tijd. Je bent steeds welkom op raadpleging, waar–zoals steeds- strikt beroepsgeheim geldt."

De titel van de email is vaak een *teaser*, een vraag die beantwoord wordt in de email. Er wordt geen aanspreking gebruikt. Waar mogelijk is de tekst geschreven a.d.h.v. schematische opsommingen, cijfers, vetgedrukte en onderlijnde woorden. Op het einde van elke boodschap staat in het rood de take home message genoteerd. De allerlaatste email die gestuurd wordt, is een overzicht van al deze take home messages.

De langste boodschap bevat 332 woorden, de kortste 147. Twee keer wordt een website (www.seksualiteit.be) voorgesteld waarop de deelnemers meer informatie kunnen vinden. Bij 1 boodschap hoort een eigen bijlage met extra informatie waarop in de boodschap zelf nog niet verder op wordt ingegaan. De email over de indicatie voor een SOA test wordt verstuurd als zelftest.

De boodschappen verstuurd via Facebook zijn dezelfde als diegene verstuurd via email. Ze worden verzonden vanop een nieuw aangemaakte pagina van de huisartsenpraktijk. Ook hierbij kunnen de deelnemers niet van elkaar zien wie er deelneemt.

Er werd gekozen niet te werken met SMS, ondanks de eveneens goede resultaten uit vorige studies, omwille van de kosten die GSM communicatie met zich meebrengt.

f. Tweede enquête (bijlage 6)

Na deze periode zullen we de deelnemers opnieuw een vragenlijst laten invullen. Er zal opnieuw gepeild worden naar de kennis over SOA's a.d.h.v. dezelfde vier vragen. Er zal ook gevraagd worden naar hun ideeën over SOA's (Hebben ze iets bijgeleerd? Hoe schatten ze nu hun eigen risico in?) en hun gedrag (Hebben ze met een arts of hun partner of SOA's gesproken? Gebruiken ze een condoom?). Tenslotte wordt ook hun mening over de nieuwe vorm van communicatie bevraagd (Hebben ze de info gelezen? Zo neen: waarom niet? Was de info boeiend?)

De antwoorden van de tweede enquête zullen gelinkt worden aan die van de eerste a.d.h.v. het unieke codewoord.

g. Statistische verwerking

De antwoorden op beide enquêtes worden overgenomen in een Excel tabel om ze daarna gemakkelijk te kunnen verwerken. Berekeningen, rankschikkingen en tellingen worden allemaal via bestaande Excelfuncties uitgevoerd. Tot slot worden ook de grafieken ontworpen binnen dit programma.

h. Extra informatie

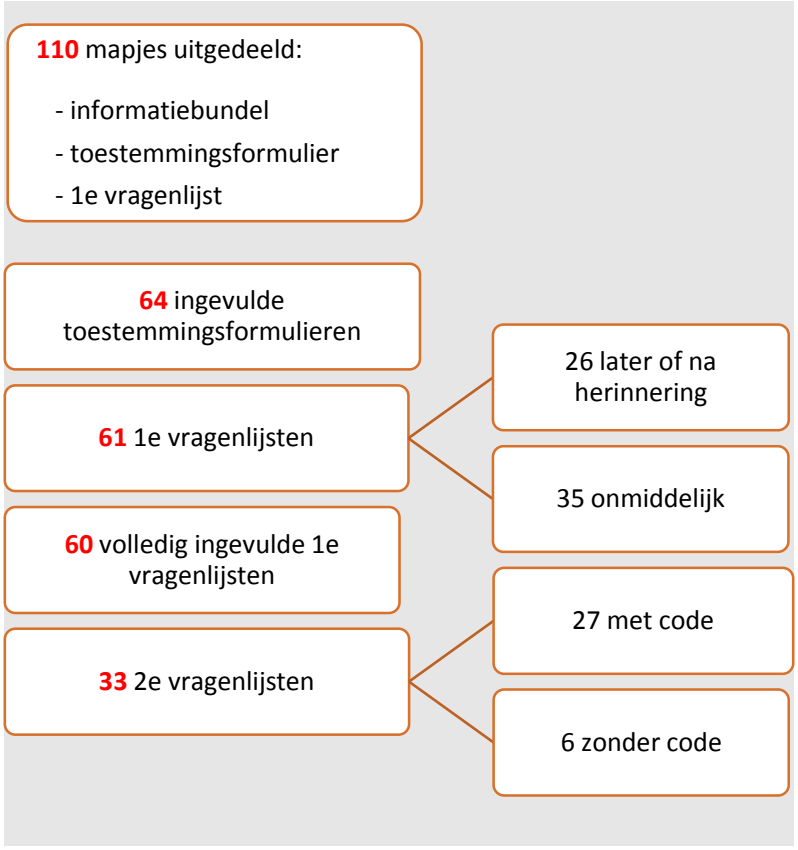
Er werden aanvullend enkele dossieranalyses in health one uitgevoerd, om bepaalde vaststellingen uit de enquêtes te kaderen of te vergelijken. De kenmerken van deze zoekacties worden telkens beschreven bij de resultaten.
Bijkomend vond er van januari tot april 2015 ook elke maand een artsenoverleg plaats in de praktijk. Tijdens deze sessies werden de resultaten van de enquêtes overlopen, alsook de consequenties voor de praktijk.

V. Resultaten

A. Studiepopulatie

a. Kwantitatief

Er werden 110 mapjes met telkens een informatiebrochure, een toestemmingsformulier en de 1e enquête uitgedeeld aan patiënten die op consultatie kwamen (figuur 7). Van deze 110 vulden 35 deelnemers onmiddellijk het toestemmingsformulier en de 1e vragenlijst in. Een andere groep van 26 deelnemers gaven wel hun toestemming, maar dienden pas later de vragenlijst in. Deze groep kreeg eind augustus een eenmalige herinnering. Er waren ook 3 personen die het toestemmingsformulier ondertekenden, maar nooit de vragenlijst indienden, ook niet na herinnering. 46 van de 110 uitgenodigde patiënten wensten niet deel te nemen. Van de 61 1e vragenlijsten, hebben we er 1 uitgesloten, omdat slechts 4 van de 23 vragen ingevuld waren.



De 64 patiënten die hun toestemming gaven tot deelname, hebben ook de boodschappen gekregen.

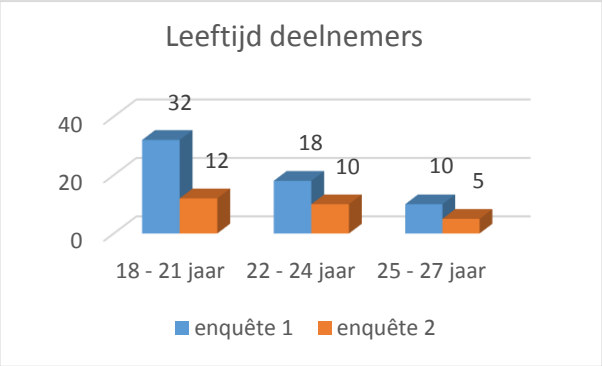
Van de 61 personen die de 1e vragenlijst invulden, dienden 33 ook de 2e vragenlijst in. Op 6 enquêtes ontbrak helaas de identificatiecode, om de vragenlijst te linken aan de eerste.

Figuur 7: rekruteringsproces

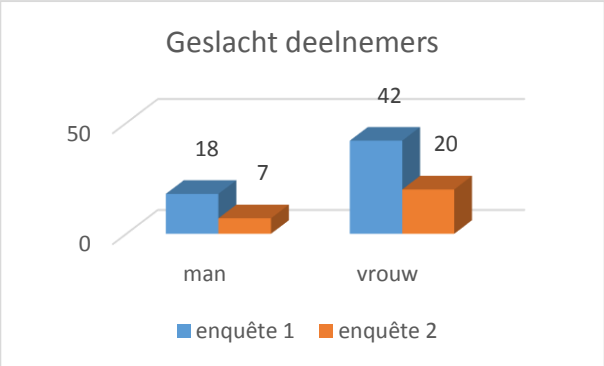
b. Kwalitatief

Er waren veel meer vrouwen (42) dan mannen (18) die deelnamen. 39% van de mannen en 48% van de vrouwen vulden ook de 2e enquête in (figuur 8).

Ondanks het feit dat àlle consulterende patiënten van de juiste leeftijdsgroep mochten meedoen, zien we toch dat de meerderheid van de deelnemers onder de 21 jaar is (figuur 9).



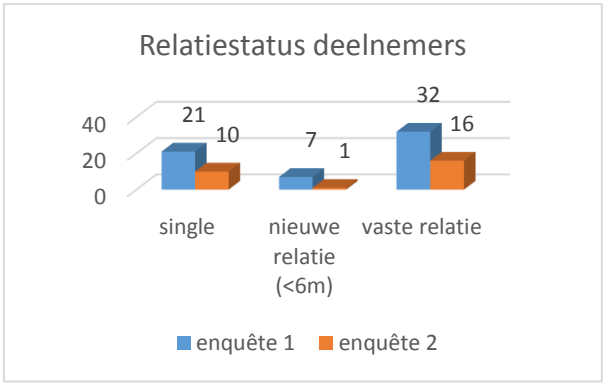
Figuur 8: Leeftijd deelnemers



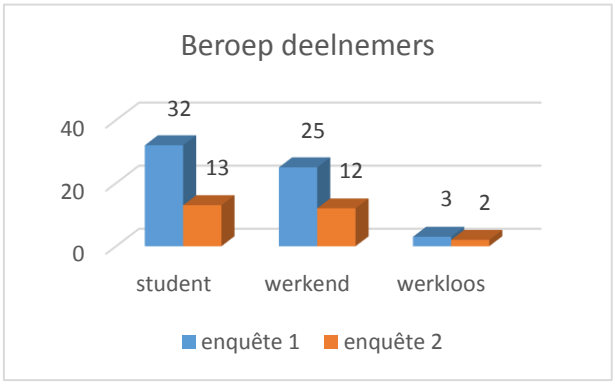
Figuur 9: Geslacht deelnemers

Bij een dossieranalyse in het EMD blijken er tussen 15/6/2014 en 15/8/2014 34 mannen en 86 vrouwen tussen 18 en 27 jaar 1 of meerdere keren geconsulteerd te hebben. De drie leeftijdsgroepen (18-21j, 22-24j, 25-27j) zijn ongeveer evenveel langsgekomen (44,40,36). De verhouding tussen deelnemende mannen en vrouwen is dus een weerspiegeling van de praktijk, maar het grotere aantal jonge deelnemers is niet representatief.

Op het artsenoverleg werd opgemerkt dat patiënten die op raadpleging kwamen op drukke momenten, oudere patiënten en patiënten in een vaste relatie waarvan we de partner ook kennen,– naar ons gevoel- minder snel uitgenodigd werden. We dachten des te meer aan mogelijke kandidaten bij jongere patiënten, singles en bij meisjes die voor anticonceptie kwamen.



Figuur 10: relatiestatus deelnemers



Figuur 11: beroep deelnemers

De meeste deelnemers waren getrouwd, samenwonend of hadden al langer dan 6 maanden een relatie (figuur 10). Uiteraard zijn het vooral de singles en de deelnemers met een nieuwe relatie die ons interesseren als het over SOA's gaat. Van de 21 deelnemende singles vulden 10 ook de 2e lijst in. Van de 7 mensen met een nieuwe relatie, was dit er maar 1. Er zijn 7 holebi's die meedoen, allemaal vrouwen, waarvan slechts 1 de 2e vragenlijst invulde. Helaas kunnen we hierdoor geen subanalyses doen op basis van seksuele voorkeur. Meer dan de helft van de studiepopulatie is student, 41% werkt en 5% is werkloos (figuur 11).

B. Communicatie over seks en SOA's

a. Communicatie tijdens de consultatie

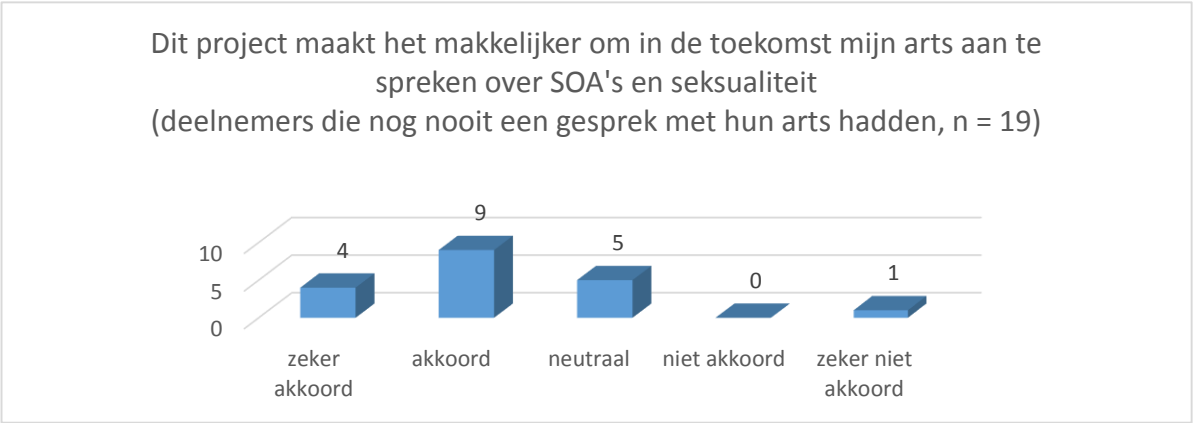
Van de 60 deelnemers hebben er 17 al ooit met de arts gesproken over SOA's en seksuele gezondheid. Dit gebeurde ongeveer evenveel keer op initiatief van de patiënt (7), als op initiatief van de arts (6). Bij 4 mensen zijn deze gesprekken wisselend op initiatief van arts en patiënt zelf gebeurd. De meeste deelnemers (42) zijn (zeker) akkoord dat hun huisarts hen aanspreekt over hun seksueel gedrag. Toch zijn er ook die het er niet bijzonder graag over willen hebben en op deze vraag 'neutraal' of 'zeker niet' antwoordden (17). Een vroeger gesprek met de huisarts en het akkoord zijn met aangesproken worden op seksueel gedrag zijn afhankelijken ($Chi^2 = 6{,}1223$, $p = 0{,}013349$) (tabel 4). Als er al ooit een gesprek geweest is, vindt 94% het goed dat hun arts het gedrag opnieuw bevraagt. Van diegene die liever niet aangesproken worden, heeft 94% een dergelijk gesprek nog nooit gevoerd.

	Huisarts mag mij aanspreken	Huisarts mag mij niet aanspreken	
Er is al ooit een gesprek geweest	16	1	17
Er is nog nooit een gesprek geweest	26	16	42
	42	17	59

Tabel 4: communicatie over seksueel gedrag in de huisartspraktijk

In de dagelijkse praktijk merkten de artsen op dat het manamaproject, zowel voor arts als patiënt, een makkelijke ingangspoort was om over SOA's en seksueel risicogedrag te praten. Verschillende SOA consulten werden uitgevoerd n.a.v. het onderzoek.

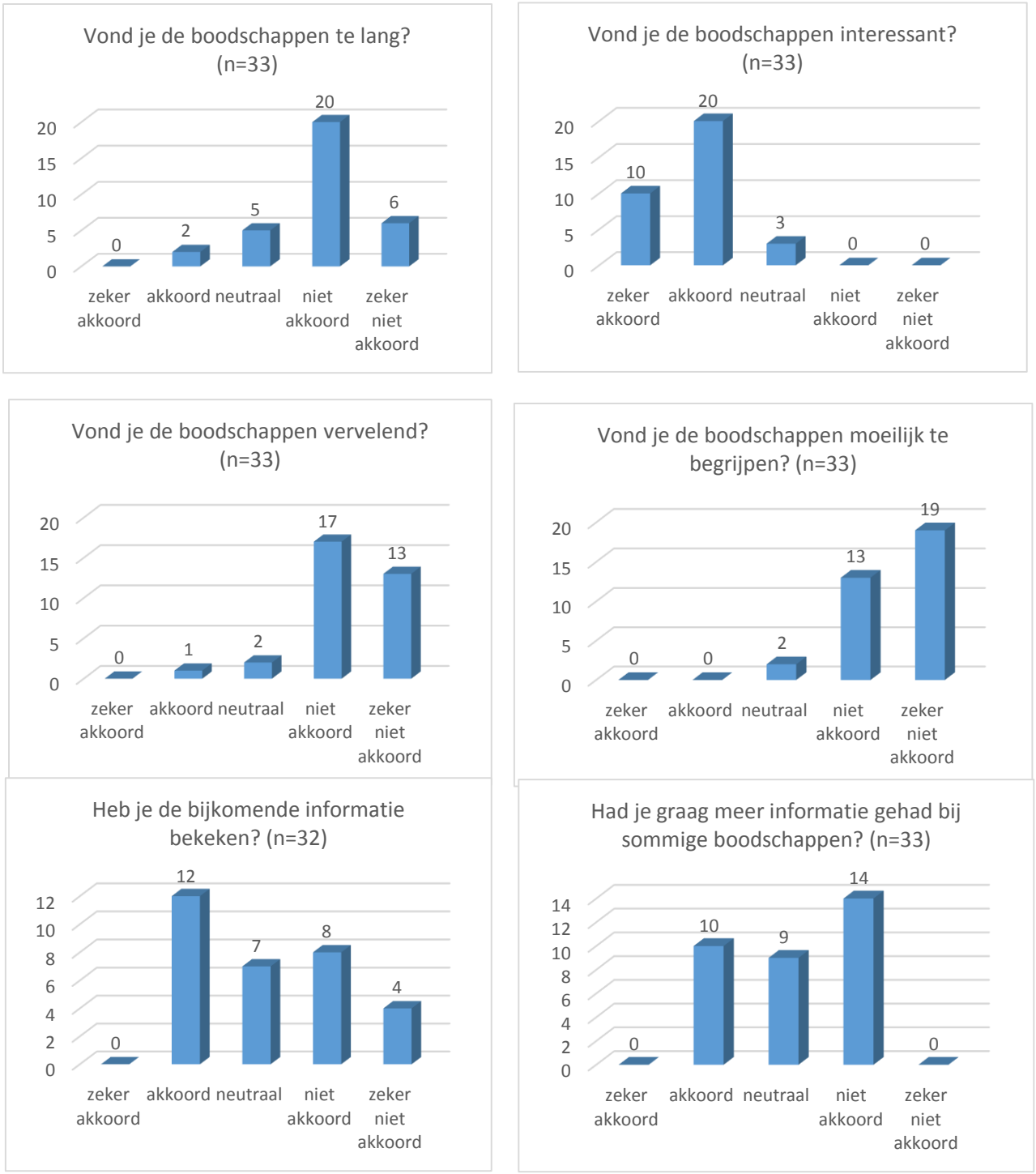
23 van 33 deelnemers vinden dat dit project het gemakkelijker maakt om vanaf nu hun arts aan te spreken over SOA. Ook zij die nog nooit een gesprek hadden met hun arts vinden de drempel vanaf nu lager (figuur 12).



Figuur 12: Spreken met arts over seksuele gezondheid in de toekomst

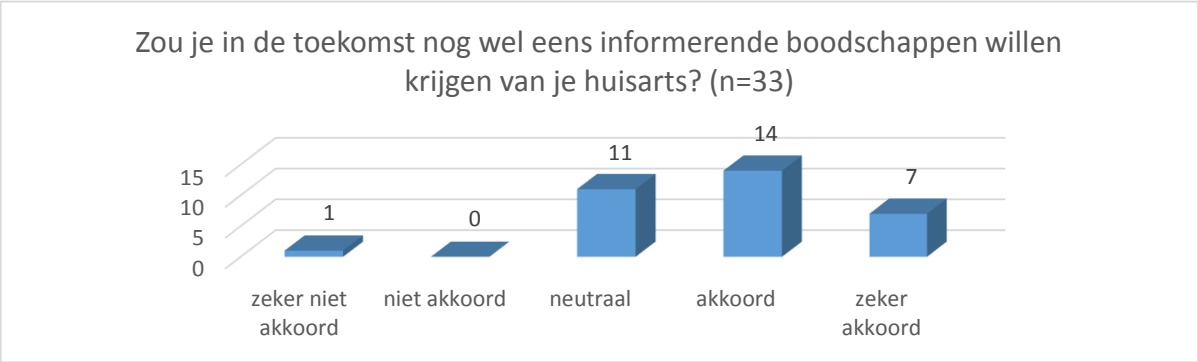
b. Communicatie via email/Facebook

Van de 33 deelnemers die de 2e vragenlijsten ingediend hebben, kozen er 32 voor email en 1 voor Facebook. Deelnemers mochten de boodschappen evalueren naar inhoud en lengte (figuur 13). Algemeen werden de boodschappen goed onthaald. De bijkomende websites en documenten in bijlagen werden maar weinig bekeken.

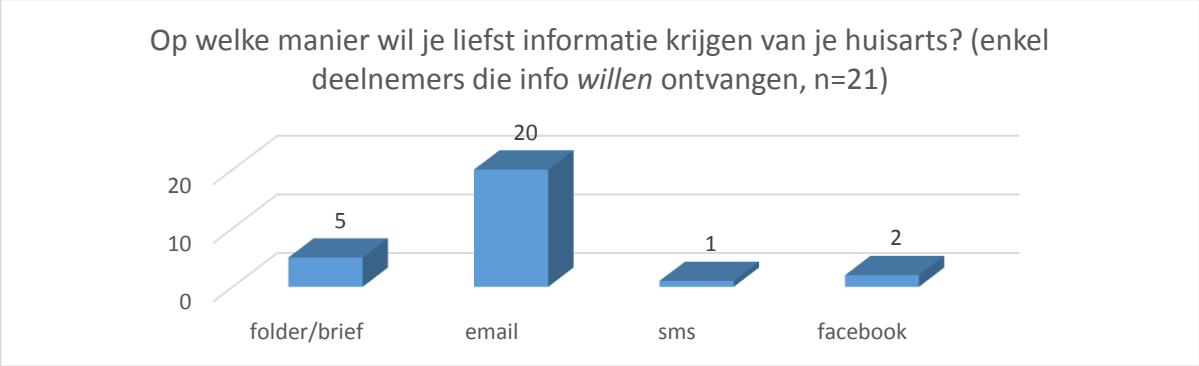


Figuur 13: mening over de boodschappen

De meesten waren ook enthousiast over toekomstige nieuwe projecten (figuur 14). Email is hiervoor bij 20 van de 21 deelnemers het voorkeursmedium. Sms wordt maar door 1 deelnemers gekozen. (figuur 15).

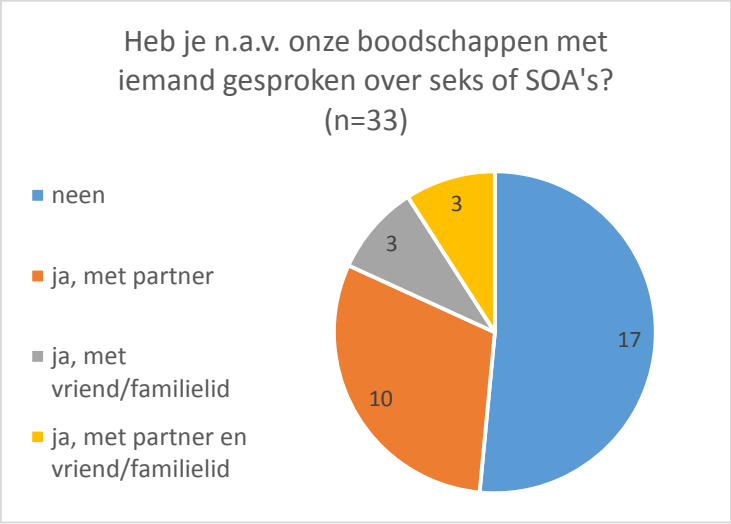


Figuur 14: toekomstige projecten



Figuur 15: voorkeur communicatiemedium in de toekomst

c. Communicatie met anderen



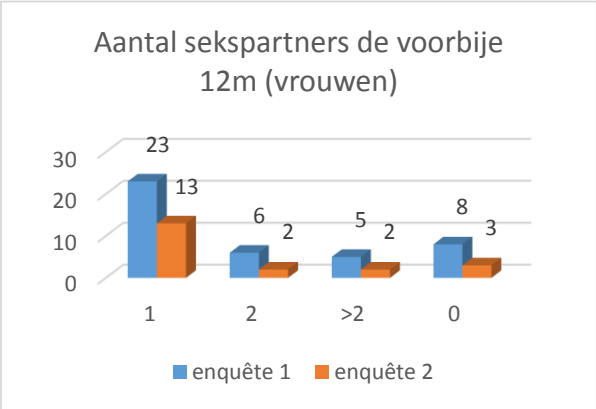
Figuur 16: Communicatie met omgeving

Bijna de helft van de deelnemers heeft de inhoud van de boodschappen besproken met iemand anders. De meeste deden dit met hun partner, sommigen met een familielid of vriend (figuur 16).

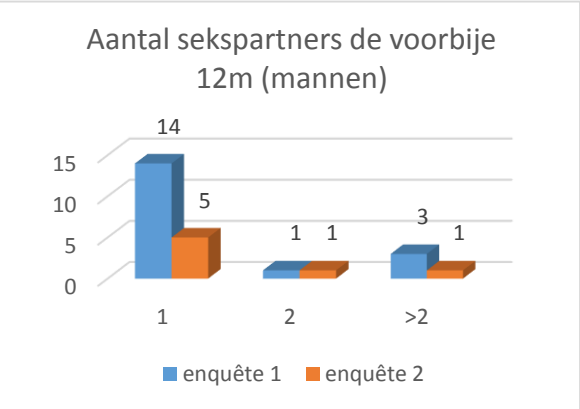
c. Gedrag en kennis over SOA's

a. Seksueel gedrag van de studiepopulatie

Van de 60 volwaardige deelnemers hebben er 8 nog nooit seks gehad. Dit waren allemaal vrouwen. Er werd niet gespecifieerd over welk seksueel contact het ging. De meerderheid had het voorbije jaar slechts 1 partner (figuur 17 en 18)



Figuur 17: sekspartners voorbije jaar (vrouw)



Figuur 18: sekspartners voorbije jaar (man):

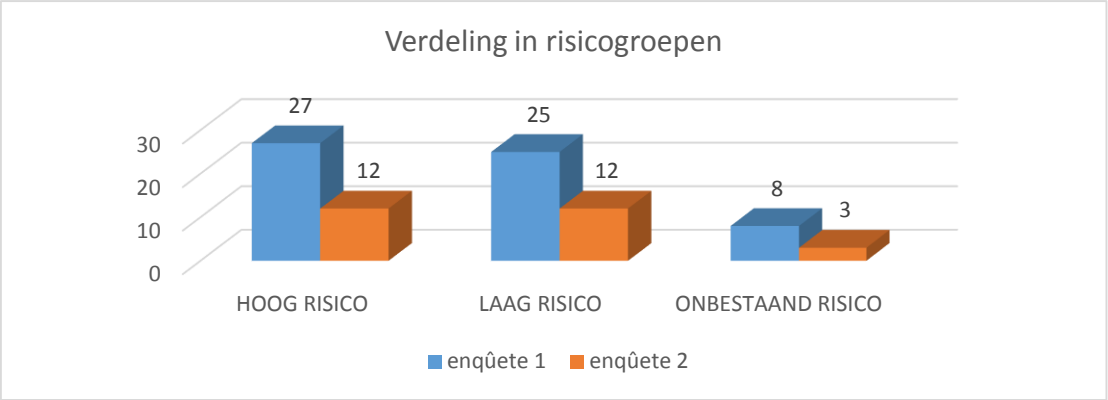
Er waren 14 seksueel actieve vrouwen die de voorbije 6 maanden klachten hadden die zouden kunnen wijzen op een SOA: 4 met dysurie, 5 met post-coïtaal bloedverlies, 5 met tussentijdse bloedingen. Dysurie kwam ook voor bij 3 seksueel actieve mannen.

RISICOFACTOR	SCORE
Aantal partners in de voorbije 12 maanden	
2	1
>2	2
Symptomen gehad in de voorbije 6 maanden	1
Man-man seksueel contact	1
Zelden/soms/nooit condoom	1
Relatiestatus	
Single	1
Nieuwe relatie < 6 maanden	1

Tabel 5: Bepalen van het SOA risico

De deelnemers worden ingedeeld in 3 groepen: een hoog SOA risico, laag SOA risico of een onbestaand risico. Er wordt rekening gehouden met het antwoord dat ze gaven op bepaalde vragen in de enquête (symptomen, aantal partners, seksuele voorkeur, relatiestatus) om dit risico te bepalen. Elke deelnemer die 2 of meer punten haalt is een hoog risico patiënt en zou best wel getest worden. De anderen hebben een lager risico en komen niet altijd in aanmerking voor een SOA test. Het onbestaande risico wordt toegekend aan zij die nog nooit seks hadden. De puntentabel wordt weergegeven in tabel 5.

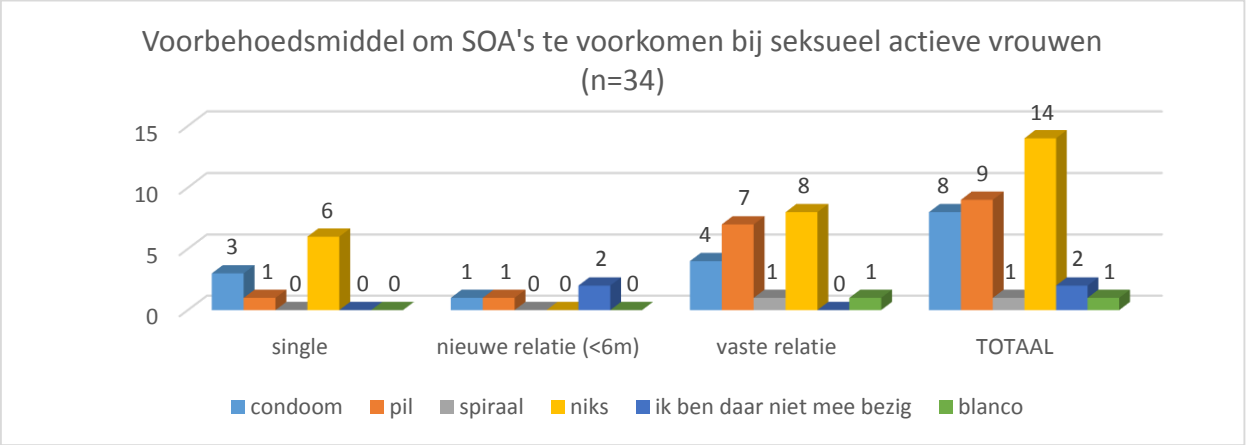
Er zijn ongeveer evenveel hoog als laag risico deelnemers (figuur 19).



Figuur 19: Verdeling in risicogroepen

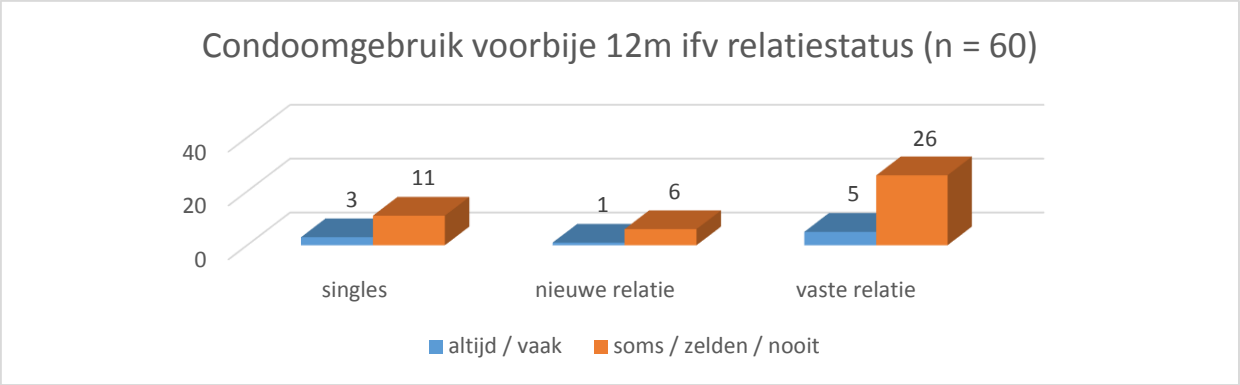
In de eerste enquête werd aan vrouwen gevraagd welk voorbehoedsmiddel ze gebruiken om niet zwanger te worden. Bij seksueel actieve vrouwen zonder zwangerschapswens is de pil nog steeds het populairst (19/33). Het condoom (4), het spiraal (2), de prikpil (3) en de nuvaring (3) worden minder frequent gekozen.

De volgende vraag luidde wat ze dan gebruiken om SOA's te voorkomen (figuur 20). 9 van de 33 seksueel actieve vrouwen antwoordden hierop met de pil, die uiteraard geen bescherming biedt. Het waren vooral deelneemsters in een vaste relatie die dit antwoord gaven. Nog verontrustender is dat 6 van de 10 actieve singles NIETS gebruiken.



Figuur 20: Voorbehoedsmiddel om SOA's te voorkomen bij seksueel actieve vrouwen

We vroegen ook hoe frequent men in de voorbije 12 maanden een condoom gebruikte. Figuur 21 toont de antwoorden in functie van de relatiestatus. Ook hier scoren de singles en de deelnemers met een nieuwe relatie niet zo goed, terwijl dit net voor hen zeer belangrijk is.



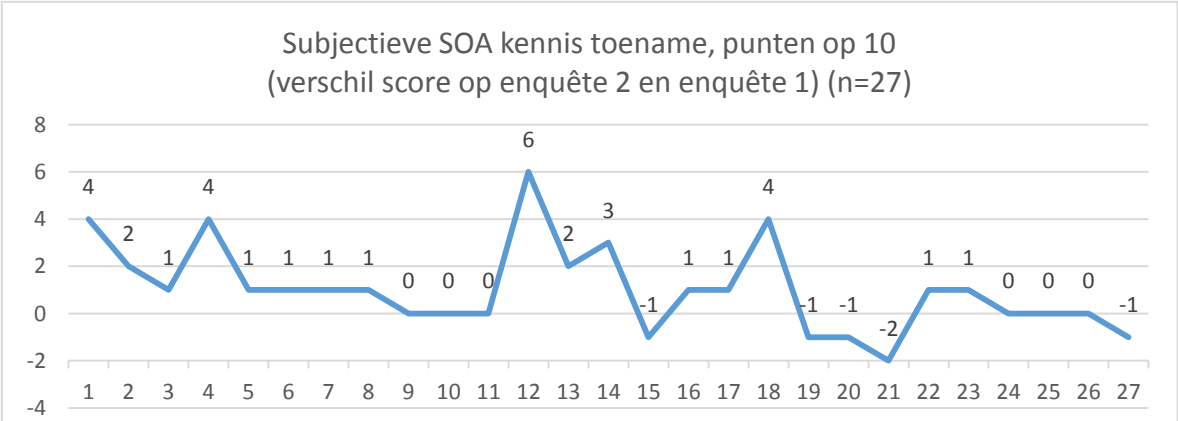
Figuur 21: Condoomgebruik voorbije jaar ifv relatiestatus

17 van de 52 seksueel actieve patiënten onderging al ooit een SOA test via 1 of meerdere onderzoeken: 11 bloedafnames, 8 urinestalen en 7 wissers. Mogelijks zien sommige deelnemers een uitstrijkje ook als een wisser, aangezien er niet gespecifieerd stond wat een wisser inhoudt.

2 vrouwen meenden dat ze al ooit een SOA gehad hadden: de ene chlamydia en condylomata, de andere antwoordde verkeerdelijk candida.

b. SOA kennis: subjectief en objectief

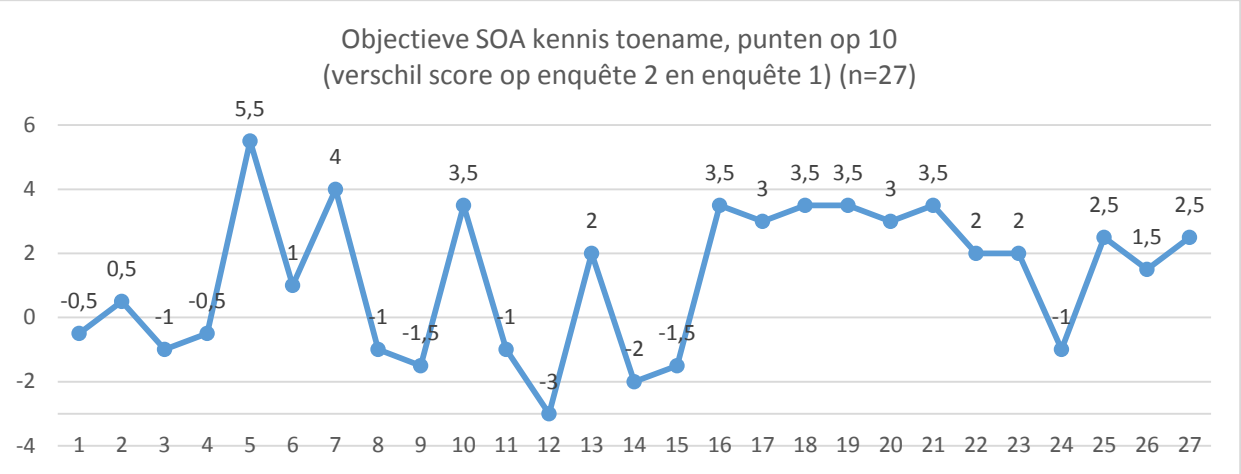
Er werd in beide enquêtes gevraagd om een score op 10 toe te kennen aan de eigen SOA kennis. Van de 27 deelnemers die beiden enquêtes invulden alsook de geheime code, kunnen we de subjectieve SOA kennis voor en na de boodschappen vergelijken. Het gemiddelde lag in de 1e vragenlijst op 5,9 en in de 2e op 6,9. Er is geen verschil aantoonbaar tussen mannen en vrouwen. De individuele scores stegen bij 16 van de 27 deelnemers. Bij 6 deelnemers bleef de score gelijk, bij 5 daalde hij (figuur 22).



Figuur 22: SOA kennis door deelnemers zelf ingeschat: verschil van punten na en voor de boodschappen

De objectieve SOA kennis werd beoordeeld a.d.h.v. 4 theoretisch vragen die alle vier in beide enquêtes gesteld werden. Om de totale kennisscore beter te kunnen beoordelen werden de antwoorden omgezet naar een cijfer op tien via eenzelfde quoteringssysteem. Dit systeem is toegevoegd als bijlage 7.

Gemiddeld werd er 1,26 punten beter gescoord in de 2e vragenlijst (5,89 i.p.v. 4,63 op 10). 10 van de 27 deelnemers scoorden de tweede keer slechter, 17 scoorden beter (figuur 23). Er was geen link tussen kennisverschil wat betreft geslacht. De hoog risico groep behaalde gemiddeld 0,96 punten meer, de anderen 1,5 meer.



Figuur 23: SOA kennis: verschil van punten op kennistoets na en voor de boodschappen

Als we gaan kijken welke deelnemers hun SOA kennis boven het gemiddelde inschatten, dan zijn dit niet noodzakelijk diegene die ook boven het gemiddelde scoren op de kennistoets. Integendeel: er is totaal geen link tussen goede punten en jezelf een SOA kenner vinden (tabel 6).

VOOR BOODSCHAPPEN	Objectief 4,5 of meer	Objectief 4 of minder	
Subjectief kennis 7 of meer	14	18	32
Subjectief kennis 6 of minder	13	15	28
	27	33	60

Tabel 6: objectieve en subjectieve kennis

d. Nadenken over eigen gedrag

a. Reflectie over eigen gedrag

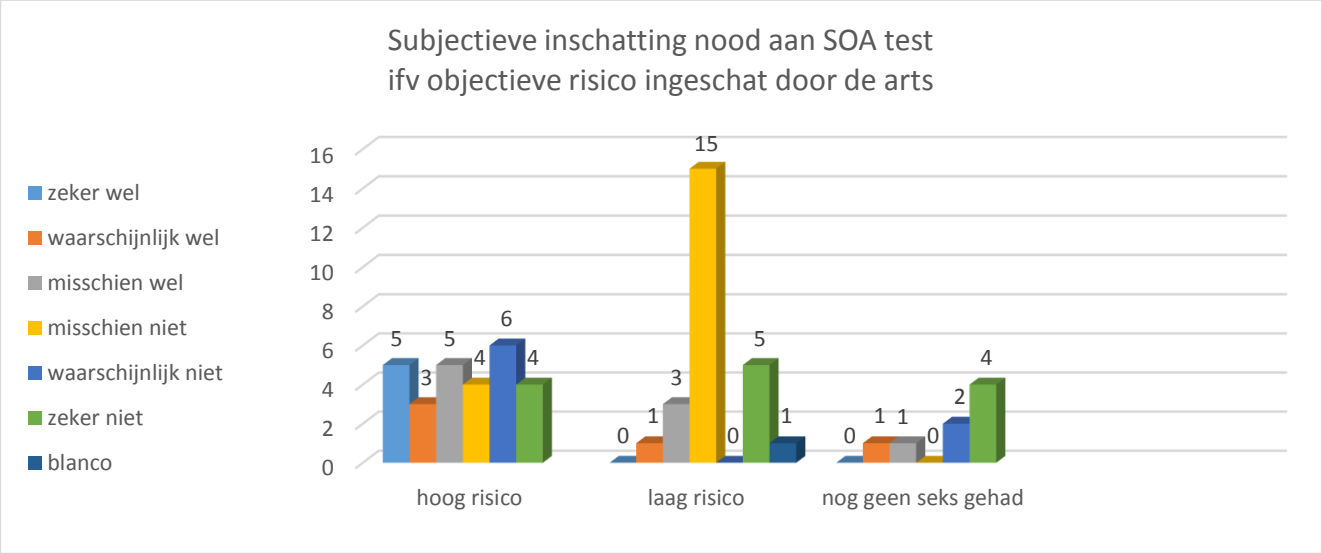
Van de 33 deelnemers die de 2e vragenlijst invulden, gaven er 9 aan '(zeker) niet' nagedacht te hebben over hun seksueel gedrag en 12 '(zeker) wel'. Bij de hoog risico groep lagen deze aantallen beter. Hier was de helft '(zeker) akkoord' en slechts 1 iemand 'niet akkoord'. De groep die het meeste nadenkwerk heeft, is het meest blijven stilstaan bij zijn/haar keuzes (figuur 24).



Figuur 24: reflectie over eigen seksueel gedrag

b. Nood aan een SOA test

We lieten de deelnemers aanduiden of ze denken in aanmerking te komen voor een SOA test (figuur 25). De antwoorden 'zeker/waarschijnlijk wel/misschien wel' werden als positief beschouwd, de antwoorden 'zeker niet/waarschijnlijk niet/misschien niet' als negatief.



Figuur 25: inschatting van de nood aan een SOA test door deelnemer, i.f.v. risicogroep

Zonder volledig SOA consult is het niet altijd gemakkelijk om als arts objectief te bepalen of iemand wel of niet in aanmerking komt voor een test. Als groep die wel in aanmerking komt voor een SOA screening nemen we de hoog risico groep. De anderen vormen dan de patiënten die geen SOA test nodig hebben.

Slechts 4 van de 24 laag/geen risico groep vindt dat hij in aanmerking komt voor een test. Bij de hoog risico groep vindt gelukkig 48% dat hij getest moet worden. De objectieve en subjectieve ingeschatte nood aan SOA test zijn afhankelijk (chi² = 5,6667, p = 0,01729) (tabel 7). Als een patiënt zelf meent dat hij/zij een test nodig heeft, is dit in 76% van de gevallen terecht. Als een patiënt zegt dat er geen test nodig is, is dit in 41% van de gevallen tóch nodig.

VOOR BOODSCHAPPEN	HOOG RISICO TEST NODIG	LAAG RISICO GEEN TEST NODIG	
Patiënt dat er test nodig is	13	4	17
Patiënt denkt er geen test nodig is	14	20	34
	27	24	51

Tabel 7: nood aan SOA test – inschatting door arts vs. inschatting door deelnemer (VOOR boodschappen)

NA BOODSCHAPPEN	HOOG RISICO TEST NODIG	LAAG RISICO/NOOIT SEKS GEEN TEST NODIG	
Patiënt dat er test nodig is	6	2	8
Patiënt denkt er geen test nodig is	6	13	19
	12	15	27

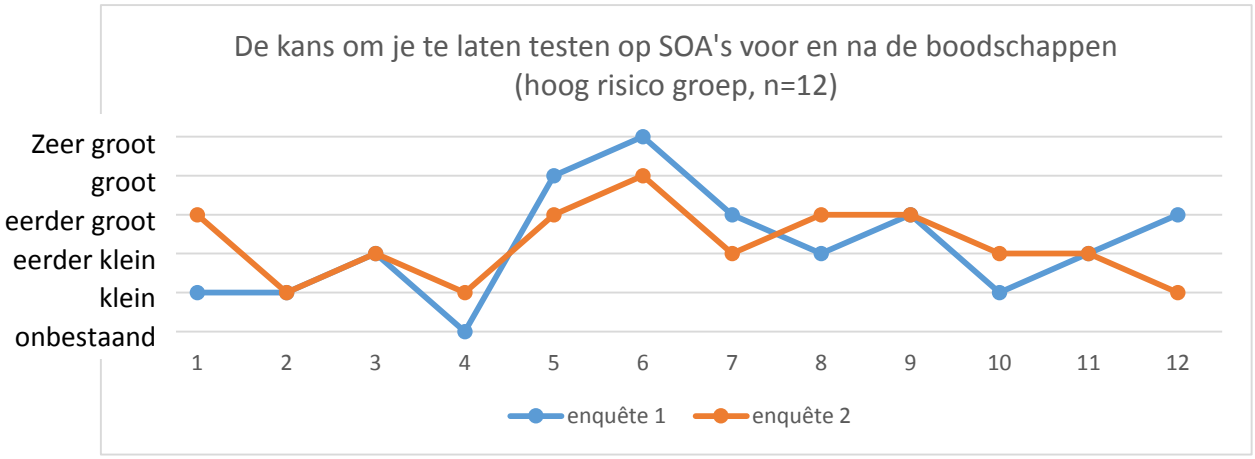
Tabel 8: nood aan SOA test – inschatting door arts vs. inschatting door deelnemer (NA boodschappen)

In de hoog risico groep vonden oorspronkelijk 7 van de 12 deelnemers dat ze in aanmerking kwamen voor een test, in de 2e enquête waren er dit er maar 6 (tabel 8). 3 van de 12 veranderen hun mening – onterecht- van wel naar niet, 2 van hen veranderden van niet naar wel te screenen. In de laag risicogroep wisselden 2 mensen van wel naar niet, en eentje – onterecht- van niet naar wel.

Bij de hoog risico deelnemers waren er 6 met een betere score op de 2e kennistoets. Van deze 6 waren er 2 die voordien meenden geen nood te hebben aan een SOA's test en nadien wel.

c. Kans op SOA test

In beide vragenlijsten werd gepeild naar de kans dat de deelnemer zich de komende 6 maanden zou laten testen op SOA's. Het is vooral de hoog risico groep die hierbij interessant is. Slechts 5 van deze 12 gaven een positief antwoord (zeer grote, eerder grote, grote kans). Na de boodschappen steeg de kans bij 4 mensen, daalde de kans bij vier anderen, en bij de overige 4 bleef de kans gelijk (figuur 26). Door deze verschuivingen zijn er na de boodschappen nog maar 4 positieve antwoorden.

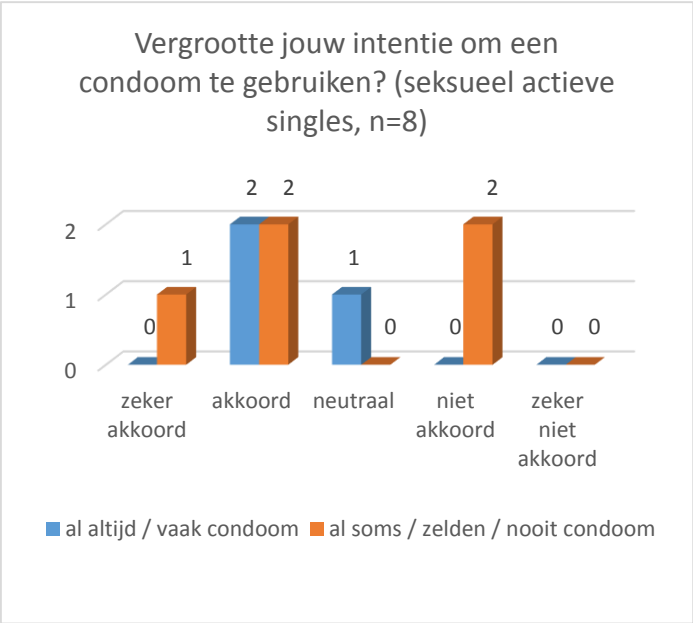


Figuur 26: De kans dat een deelnemer zich laten testen, voor i.v.m. na de boodschappen

d. Condoomgebruik

We stelden in de 2e enquête de vraag of de intentie om een condoom te gebruiken groter geworden was door de boodschappen (figuur 27). De antwoorden waren zeer gevarieerd, maar overwegend negatief. De 5 deelnemers die al altijd of vaak een condoom gebruikten, antwoordden wel allemaal (zeker) akkoord of neutraal. Van de 28 mensen die minder een condoom gebruikt hadden in het verleden, zijn er 8 die (zeker) akkoord gingen en 20 die (zeker) niet akkoord of neutraal waren.

Van de seksueel actieve singles die nooit/zelden/soms een condoom gebruikten gaven er 3 van de 5 aan dat hun intentie om een condoom te gebruiken wel vergroot is.



Figuur 27: intentie om een condoom te gebruiken

e. Gedrag na de boodschappen

a. Voorbehoedsmiddelen

Er werd met een ja-neen vraag in de 2e vragenlijst nagegaan of de deelnemers *door de boodschappen* de voorbije 2 maanden al eens een ander voorbehoedsmiddel gebruikt hadden. Zo ja, dan moest ook gespecifieerd worden welk (vrije tekst). Slechts 1 deelnemer antwoordde ja. Het ging om een man met een laag SOA risico en een vaste relatie die aangaf dat hij een condoom gebruikt had. Er moest niet uitgelegd worden waarom.

b. SOA test

1 hoog risico deelneemster meldde dat ze zich tijdens het praktijkproject heeft laten testen op SOA's. Zij had ook al in de eerste vragenlijst aangegeven dat de kans dat ze zich zou laten testen zeer groot was. Het onderwerp was bij haar echter nog nooit aan bod gekomen tijdens de consultatie en haar kennisniveau daalde met 2 punten. Mogelijks verlaagde de boodschappen voor haar de drempel om over SOA's te praten met haar huisarts, wat ze ook aangaf in de 2e vragenlijst. Doch het is niet te achterhalen op wiens initiatief en waarom de test uiteindelijk gebeurde.

VI. Discussie

A. Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoekt heeft veel informatie opgeleverd, maar kent ook enkele beperkingen.

a. Rekrutering

Ten eerste is het verzamelen van de deelnemers niet zo systematisch verlopen als oorspronkelijk werd beoogd. De 110 studiemapjes werden allemaal uitgedeeld, maar uit de kenmerken van de populatie blijkt dat er zeker selectie-bias aanwezig is. De artsen hebben zich laten leiden door hun vooraf bestaande kennis om kandidaten te selecteren. Ook de drukte in de praktijk had een invloed op het aantal deelnemers dat we rekruteerden. Ten tweede hebben we geen gegevens bijgehouden over de 110 mensen aan wie een studiemapje werd meegegeven. Hierdoor hebben we geen gegevens over de patiënten die weigerden mee te doen.

b. Vragenlijsten

Tijdens het invullen van de vragenlijsten kon geen bijkomende info gegeven of gevraagd worden. Hierdoor kunnen we niet nakijken of de vragen en de antwoordmogelijkheden van de enquête duidelijk waren (terminologie, vraagstelling,…). Vooral de deelnemers die de enquête thuis invulden, hebben mogelijks wel hulp gehad van naasten of van het internet e.d. om de vragenlijst in te vullen.

Bijkomend zijn de vragen die gebruikt werden om het kennisniveau te bepalen beperkt in aantal en geven ze mogelijks geen weergave van het werkelijke kennisniveau.

c. Boodschappen

Wat de boodschappen zelf betreft, is er niet te verifiëren of deze daadwerkelijk toegekomen en gelezen zijn. Van de 33 deelnemers die hun 2^{e} vragenlijsten ingediend hebben, weten we wel dat onze berichten aangekomen zijn. Deze laatste enquête werd immers verstuurd op dezelfde manier als onze boodschappen. Door het gebrek aan leesbevestiging, weten we echter niet of de antwoorden van de 2^{e} vragenlijst wel echt mede gebaseerd zijn op het project.

d. Analyses

Tot slot waren er ook enkele analysebeperkingen. Het aantal deelnemers dat de 2^{e} vragenlijst indiende, was maar 33. Hierdoor is de power van het totale onderzoek laag. Ten tweede is het verdelen van patiënten in risicogroepen gebeurd d.m.v. gesloten, schriftelijke vragen en zonder SOA consult. Het is dus mogelijk dat sommige patiënten toch in een andere categorie horen.

B. Communicatie

Pas als er communicatie is tussen patiënt en arts, kan er getest worden op SOA's. Het grootste, positieve gevolg voor de patiënten en de praktijk is net deze open communicatiesfeer die het project met zich meegebracht heeft. Patiënten die al ooit met hun arts communiceerden over seks hebben er geen problemen mee dat hun seksueel gedrag opnieuw bevraagd wordt tijdens een consultatie. Eens over de drempel, blijken de meesten dus overtuigd. Patiënten die liever geen vragen krijgen, zijn voor 94% communicatieleken. Net deze leken geven aan dat dit project het gemakkelijker maakt om over dit onderwerp te praten. Het is dus zeker nuttig om verdere campagnes te lanceren in onze praktijk: zo kunnen we een brug slaan en patiënten over de drempel trekken.

Een kleine helft van de deelnemers heeft de inhoud van de boodschappen besproken met familie, een vriend of partner. Ook dit is nuttig in de strijd tegen SOA's en de taboe rond dit onderwerp.

C. Gedragsverandering

a. Fases van gedragsverandering

Er zijn verschillende stappen nodig om met een project als dit patiënten naar de dokter te krijgen om zich te laten testen. Een niet-gemotiveerde en niet-geïnformeerde deelnemer moet allereerst de boodschappen lezen, nadenken over de inhoud en kennis verwerven (precontemplatie). Vervolgens moet hij die kennis koppelen aan het eigen gedrag en een conclusie trekken (contemplatie). Tot slot moet dit besluit omgezet worden naar actie (preparatie-actie). Dit proces is ook gekend onder de naam *stages of change* van Prochaska.[17] Tijdens elk van deze stappen kan het proces blokkeren.

Kennis verwerven – beïnvloeden tijdens de precontemplatie fase

De meeste deelnemers vonden zelf dat hun kennis hoger lag na de boodschappen, maar in feite scoorden ze niet allemaal beter op de kennisvragen. We hebben bij een grote helft de kennis kunnen verhogen (16/27). 11 van de 27 deelnemers scoorden echter lager. Niet alle patiënten hebben we dus via ons project iets kunnen bijleren. Bij hen is een eventuele gedragsverandering dus ook niet noodzakelijk te wijten aan een kennisstijging.

Het uitblijven van een algemeen effect kan aan onze boodschappen liggen (frequentie, inhoud, methode), aan de manier waarop we de kennis getest hebben, aan het gebrek aan motivatie en moeite van de deelnemer, of aan het feit dat we niet van alle patiënten kenners kunnen maken. Dit is echter niet te achterhalen.

De vraag is natuurlijk welke kennis er exact moet verworven worden: waar ligt de drempel om door te hebben dat je risico loopt en je je moet laten testen? Voor sommigen kan een herhaling van reeds verworven kennis, of de sensibilisering op zich, genoeg zijn om hen naar de volgende fase te brengen.

Informeren gebeurt ook best aangepast aan voorkennis en denkniveau van de patiënt. In dit project kreeg iedereen dezelfde info, op dezelfde manier.

Zelfreflectie - Contemplatie

Vooral de hoog risico groep, die daadwerkelijk in aanmerking komt voor screening, is overgegaan tot zelfreflectie door dit project. Deze groep schat hierbij de eigen nood aan een SOA test hoger in dan patiënten uit de laag risico groep. Toch vindt 50% van hen een test nog steeds overbodig. Gebrek aan kennisstijging is hier alleszins een plausibele oorzaak. Ook het minimaliseren van eigen gedrag kan zorgen voor een foute eindconclusie, alsook een gebrek aan reflectie. De tijdspanne tussen de informatieve boodschappen en het invullen van de 2e vragenlijst was lang, nl. enkele weken. Mogelijks kunnen deelnemers bij onmiddellijke reflectie wel een goed antwoord formuleren op de vraag of een test voor hen nodig is.

De enige 4 deelnemers (2 hoog risico, 2 laag risico) die voor de boodschappen hun SOA indicatie fout inschatten en na de boodschappen juist, hadden allemaal een hogere kennisscore dan voordien. Individueel hebben enkele deelnemers dus hun kennisstijging omgezet naar een correcte zelfinschatting. Op populatieniveau is het toch verstandig te zoeken naar een manier om deze zelfreflectie te omzeilen of nog verder te ondersteunen: voor én na de boodschappen schatten 8 deelnemers (waaronder 6 hoog risico's!) hun risico fout in.

Preparatie - actie

Wanneer een patiënt inzicht heeft gekregen en eraan denkt om zich te laten testen, komt hij in de preparatie en daarna actiefase. Slechts 1 deelnemer heeft zo'n affirmatieve conclusie vertaald naar actie, ondanks een puntendaling op de kennistoets (!).

We zouden dit cijfer ten eerste kunnen verhogen door alle voorgaande fases te faciliteren. Bijkomend is ook hier open sfeer rond seksualiteit cruciaal. Patiënten moeten in deze fase weten dat je je kan laten testen bij de huisarts zonder taboe, en welke kosten en onderzoeken hieraan verbonden zijn. Opnieuw speelt communicatie dus een grote rol.

VII. Besluit

Wij zijn er in geslaagd d.m.v. informatieve boodschappen patiënten te doen praten, met ons en hun omgeving, over SOA's en hun seksueel gedrag. We hebben helaas niet iedereen iets kunnen bijleren of doen nadenken. Toch zijn een aantal deelnemers erin geslaagd om de kennis die we hen toestuurden om te zetten in zelfreflectie en een betere inschatting van hun risico. Slechts 1 deelnemer liet zich ook testen. Dit was niet het gevolg van een kennisstijging, maar eerder van de open sfeer rond SOA's.

Dit project is zeer nuttig geweest voor de praktijk en voor enkele individuen. Veel patiënten blijven echter ongevoelig voor het volledige proces, of lopen vast in één van de fases. Het is daarom niet verstandig om de volledige verantwoordelijkheid voor het hele proces, van weten tot reflectie tot naar de dokter stappen, enkel en alleen bij de patiënt te leggen. Ofwel moeten we bepaalde stappen in het proces terug overhevelen naar de arts, ofwel moeten we er voor zorgen dat blokkeren niet mogelijk is.

4. ALGEMENE DISCUSSIE

a. Consequenties voor onze praktijkvoering

Het is nuttig gebleken als arts alerter te zijn en seksueel risicogedrag te bespreken tijdens de consultatie: dit leidt tot een hogere testintensiteit en frequentere case-finding. Deze uitnodigende houding moet echter samengaan met het kritischer omgaan met testindicaties. Hoewel we de richtlijnen kennen, zijn we immers geneigd om onnodige testen aan te vragen. We kunnen enkel kritisch zijn als we ons aanvraaggedrag blijven evalueren. We hebben beslist de praktijkrichtlijn te behouden, maar eveneens onze aanvragen van de volgende 6 maanden maandelijks te evalueren en te bespreken op het praktijkoverleg. Door deze confrontatie hopen we maand na maand het aantal overbodige testen te reduceren.

Ten tweede is er bij patiënten geen link tussen het gevoel veel te weten over SOA's en het daadwerkelijke kennisniveau: veel mensen zijn dus onterecht zelfzeker over wat ze weten. Het is bijgevolg zeer belangrijk om tijdens een consultatie niet alleen na te gaan óf patiënten weten waar ze mee bezig zijn, maar hen vooral ook te laten verwoorden /uitspreken wat dat dan precies is.
Dit is niet enkel een vaststelling uit de beperkte kennistoets van dit onderzoek. Ook uit andere gezondheidsenquêtes blijken er gevaarlijke hiaten te zijn in de kennis van de Belgische bevolking.[18]
Als arts zijn we mee verantwoordelijk voor de kennis van onze patiënten!

Het is niet verstandig om het al dan niet screenen alleen af te laten hangen van het ja-neen antwoord van de patiënt, zoals in het artsenproject vaak bleek te gebeuren. Als een patiënt zelf meent dat er een test nodig is, is dit in 76% van de gevallen terecht. Echter, als een patiënt zegt dat er geen test nodig is, is dit maar in 59% van de gevallen juist. Het is dus zinloos om naast je neus weg na te vragen of SOA's ook bepaald moeten worden bij het nemen van een bloed of urinestaal. Tenzij je dit als ingangspoort gebruikt voor een verder gesprek, is er immers kans dat je de verkeerde beslissing neemt.

Tot slot verlaagt een gesprek over seksueel gedrag met de huisarts de drempel voor nieuwe gesprekken in de toekomst. Hoewel de angst voor 'de eerste keer' groot is, blijken patiënten achteraf veel minder weerstand te hebben om er nog eens over te spreken met hun arts. De belangrijkste boodschap voor artsen blijkt dus: patiënten durven aanspreken!

b. Gedragsverandering bekomen

We hebben in ons patiëntenproject geprobeerd om via een kennisstijging deelnemers te stimuleren tot gedragsverandering. Er was echter slechts 1 deelneemster die zich op het einde heeft laten testen, terwijl ze zelfs een kennisdaling had. We hebben dus geen link kunnen aantonen tussen kennis(stijging) en gedrag. Ook als deelnemers al verder op de ladder zitten, nl. bij de vaststelling dat ze inderdaad in aanmerking komen voor een SOA test, blijken ze door ons project niet de stap te zetten om zich te laten testen. Algemene informatieboodschappen brengen patiënten dus amper in een volgende gedragsfase.

Effectieve gedragsverandering lijkt binnen dit domein dus ingewikkelder. Dit was ook de kritiek van Littell en Girvin op het *stages of change model* van Prochaska.[19] In een meta-analyse (2002) kwamen zij tot het besluit dat veel mensen niet in 1 fase te plaatsen zijn en bovendien ook niet mooi sequentieel alle fases doorlopen. Ieders drempel per fase ligt ook anders en is beïnvloed door veel meer dan de eenvoudige *stages of change* cirkel doet vermoeden. Op elk moment spelen vooroordelen, ervaring, omgeving,… een grotere rol.

Ook bij seksuele gezondheid zijn attitudes en taboes dus waarschijnlijk veel belangrijker bij gedrag dan kennis en zelfreflectie. We moeten in toekomstige projecten dus meer focussen op deze persoonlijke ideeën en angsten om mensen tot een bepaald gedrag te krijgen. Algemene informerende sensibilisatiecampagnes doorbreken het taboe en creëren de uitnodigende communicatiesfeer die hiervoor nodig is, maar het over de drempel trekken gebeurt voorlopig best nog individueel. De huisarts is hiervoor een zeer geschikt persoon.

5. BESLUIT

Er blijken nog steeds veel misvattingen te bestaan rond SOA's. Als we binnen ons gezondheidssysteem *niets* doen, dan lopen veel mensen kans op besmetting en complicaties. Het is dus nodig om op alle mogelijke wijzen campagnes te blijven voeren, vooral om de bespreekbaarheid te verhogen en taboes te doorbreken. Dit kan een gedeelde taak zijn van scholen, overheid en gezondheidswerkers.

Dit manamaproject bestond uit 2 parallelle onderzoeken. Enerzijds ging het over artsen die tijdens de consultatie overal waar mogelijk SOA indicaties gingen aftoetsen om zo de doelgroep te vinden. Anderzijds ging het om het systematisch toesturen van informatie naar deelnemers, in de hoop dat de doelpatiënten zichzelf zouden aanbieden voor een SOA test.

Geen van deze twee manieren blijkt waterdicht. Het artsenproject zorgden voor veel afgenomen SOA testen, maar miste alle mensen die niet op consultatie kwamen, alsook de patiënten waarbij het onderwerp niet aan bod kwam. Het patiëntenproject kon quasi niemand tot een test overtuigen, omdat algemene informatieboodschappen waarschijnlijk onvoldoende inspelen op persoonlijke ideeën en angsten.

We zouden kunnen proberen de voordelen van beide systemen bij elkaar te brengen. Het persoonlijk aangesproken worden door de huisarts trekt patiënten over de drempel en kan zo tot screenen leiden. De arts moet echter heel doelgericht weten wie hij moet aanspreken. Zoals een GMD+ module in het EMD onmiddellijk kenbaar maakt wie er bijvoorbeeld nog een uitstrijkje, occult test of vaccinatie moet krijgen, zo kan er ook een module komen voor SOA screening. Het is NIET haalbaar (tijd!) en zelfs gevaarlijk (veel gemist!) om dit ad random in te vullen bij een consulterende patiënt. Neen, dit moet automatisch ingevuld worden. Dit kan bijvoorbeeld d.m.v. de antwoorden die een patiënt geeft op een zelftest die hij thuis invult. Een persoonlijke email van de huisarts blijkt een goed medium om zo'n test te verspreiden. Zo'n zelftest moet ook onmiddellijk voor de patiënt weergeven dat hij wél of niet getest moet worden. Ook de arts wordt best op de hoogte gebracht van het resultaat. Op deze manier zijn de fases van informatieverwerving en zelfreflectie omzeild of ondersteund. Het is dan aan de patiënt om naar de arts te gaan voor een SOA test als dit geïndiceerd is. Indien hij of zij dit niet doet, kan de arts nog steeds een automatische uitnodiging sturen om over het resultaat te komen spreken. Eventueel kan hierbij ook informatie of over seksueel gedrag en SOA's toegevoegd worden. In de consultatie die hierop volgt kunnen de persoonlijke drempels van de patiënt dan besproken en hopelijk overwonnen worden. De patiënt is op deze manier mee verantwoordelijk voor zijn gezondheid, maar de arts kan toch onmiddellijk doelgericht ingrijpen waar nodig.

7. BRONNEN

1. Verhoeven V, Avonts D et al. Actieve opsporing van Chlamydia trachomatis in de huisartspraktijk. Huisarts Nu 2004; 33(4): 182-198.

2. NHG Nederlands Huisartsen Genootschap. Het soa-consult M82 (September 2013)

3. Geysenbergh S. Opsporing van Chlamydia trachomatis bij asymptomatische patiënten: implementatie van bestaande richtlijnen en effect van een herinnering op het aantal binnengebrachte stalen. [proefschrift] Kuleuven, 2011

4. Dietvorst T. Checklist 'onbeschermd gedrag'. [proefschrift] Universiteit Antwerpen

5. Bovijn K. Screening en follow-up van SOA in de huisartspraktijk: Hoe de kwaliteit van het soa-consult verbeteren? [proefschrift] Universiteit Antwerpen, 2008

6. De Raes M. De weg naar risico-inschatting voor SOA's en implementatie in het GMD. [proefschrift] Universiteit Antwerpen, 2010

7. Brosius I. De rol van de huisarts in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen: een evidence-based werkmodel. [proefschrift] Universiteit Antwerpen, 2013

8. Verbrugge R, Moreels S et al. Seksueel Overdraagbare Aandoeningen bij de Algemene Bevolking, Gegevens van 2013 voor België en de 3 Regio's, WIV-ISP, Brussel, november 2014.

9. Izegem. (2015, april 14). Wikipedia, de vrije encyclopedie. Opgehaald 16:00, april 14, 2015 van //nl.wikipedia.org/w/index.php?title=Izegem&oldid=43837684.

10. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk, editie 2012, BAPCOC.

11. Verhoeven V, Avonts D et al. Chlamydial infection: an accurate model for opportunistic screening in general practice. Sex Transm Inf 2003;79:313-7.

12. Buhi ER, Klinkenberger N et al. Teens' use of digital technologies and preferences for receiving STD prevention and sexual health promotion messages: implications for the next generation of intervention initiatives. Sex Transm Dis. 2013;40:52-4.

13. Lim MS, Hocking JS et al. SMS STI: a review of the uses of mobile phone text messaging in sexual health. Int J STD AIDS. 2008;19:287-90.

14. Guse K, Levine D et al. Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: a systematic review. J Adolesc Health. 2012;51:535-43.

15. Lim MS, Hocking JS et al. Impact of text and email messaging on the sexual health of young people: a randomised controlled trial. J Epidemiol Community Health. 2012;66:69-74.

16. Gold J, Lim MS et al. Determining the impact of text messaging for sexual health promotion to young people. Sex Transm Dis. 2011 Apr;38:247-52.

17. Prochaska J, Velicer WF. The transtheoretical Model of Health Behavior Change; Am J Health Promotion 1997;12:38-48.

18. Wetenschappelijk instituut volkgezondheid. Gezondheidsenquête 2013 rapport 5: preventie, samenvatting van de onderzoeksresultaten

19. Littell JH, Girvin H. Stages of change. A critique. Behav Modif. 2002 Apr;26:223-73.

8. BIJLAGEN

BIJLAGE 1: INFORMATIEFICHE VOOR DE PATIËNT

Onderzoek: Seksueel overdraagbare aandoeningen: identificeren en motiveren van de doelgroep

Beste,

We willen u graag uitnodigen om deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek dat zal plaatsvinden in onze praktijk tussen 1 april 2014 en 31 november 2014. Dit onderzoek kadert in de masterthesis van Dr. Nele Bollen.
Alle patiënten tussen 18 en 27 jaar komen in aanmerking om deel te nemen.
Alvorens uw toestemming te verlenen, is het belangrijk meer te weten over deze studie. Indien u na het lezen van deze info nog vragen heeft, kan u zich wenden tot Dr. Nele Bollen en/of Dr. Eveline Sabbe.

Wat is het doel van het onderzoek?

We willen graag een nieuwe manier evalueren om met patiënten te communiceren over seksuele gezondheid en seksueel overdraagbare aandoening (SOA). Uit recente literatuur blijkt dat e-mail en sociale media hiervoor zeer geschikt zijn.

De twee hoofddoelen van de studie zijn:

1. Nagaan of patiënten deze vorm van communicatie appreciëren
2. Nagaan of we via informatieve boodschappen over seks en SOA's:
    a. patiënten iets kunnen bijleren
    b. de drempel om erover te spreken met de huisarts kunnen verlagen
    c. patiënten kunnen aansporen om zich te laten testen op SOA's
    d. condoomgebruik kunnen verhogen

Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd en wat wordt er van u verwacht?

U kan uw deelname bevestigen door het toestemmingsformulier in te vullen. De studie zelf bestaat uit drie delen.

Deel 1 en deel 3 bestaan uit een anonieme vragenlijst over seksualiteit. Het beantwoorden van deze vragen duurt ongeveer 10 minuten. Uiteraard gebeurt dit volledig anoniem. Hiervoor stellen wij voor dat u een code kiest. Deze code mag bestaan uit letters en/of cijfers en mag geen link bevatten met uw identiteit (dus NIET: uw naam, uw telefoonnummer, uw geboortedatum. WEL: een code of woord dat u makkelijk kan onthouden, liefst minstens 4 tekens). Het is bedoeling dat u deze code schrijft op beide vragenlijsten. Kies dus een code die u zich nog zal herinneren bij het invullen van het tweede enquêtedeel. Op deze manier kunnen wij uw antwoorden van de eerste vragenlijst koppelen aan de tweede, zonder dat wij kunnen weten wat uw persoonlijke antwoorden waren.

In deel 2 krijgt u gedurende 8 weken wekelijks een boodschap toegestuurd over SOA's en seksuele gezondheid. Het ontvangen van deze boodschappen kan op twee manieren.

1.) e-mail: indien u hiervoor kiest, schrijft u op het toestemmingsformulier uw e-mailadres.

2.) facebook PRIVE-bericht: indien u hiervoor kiest, schrijft u op het toestemmingsformulier uw schermnaam OF het facebookadres verbonden aan uw account (meestal voornaam.familienaam@facebook.be)

Een chronologisch overzicht van het onderzoek vindt u in bijlage A.

Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

U heeft zelf geen klinisch voor –of nadeel van deelname aan dit onderzoek.

Wat gebeurt er als u niet (meer) wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

Deelname is niet verplicht en weigeren zal op geen enkele wijze uw zorg beïnvloeden. U hoeft geen reden te geven waarom u niet deelneemt. U moet in dit geval niets doen of ondertekenen.
Indien u wel wil deelnemen kan u zich op elk moment terugtrekken uit de studie door 'stop' te antwoorden op de e-mails/facebookberichten tijdens deel 2, of door de enquête niet in te vullen in deel 1 en 3.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

Uw gegevens zijn strikt vertrouwelijk en worden niet doorgegeven aan derden. Indien u er uitdrukkelijk toestemming voor geeft, wordt uw e-mailadres wel opgenomen in uw medisch dossier. U kan deze gegevens op elk moment wijzigen of laten verwijderen.
De antwoorden van de enquêtes worden los van uw identiteit verwerkt.

Wordt uw huisarts geïnformeerd bij deelname?

Dr. Nele Bollen en Dr. Eveline Sabbe zullen op de hoogte zijn dàt u deelneemt, maar ze zullen nooit weten welke antwoorden u geeft op de enquêtes, gezien deze niet gekoppeld zijn aan uw persoonlijke gegevens.

Zijn er extra kosten/is er een vergoeding wanneer u besluit aan dit onderzoek mee te doen?

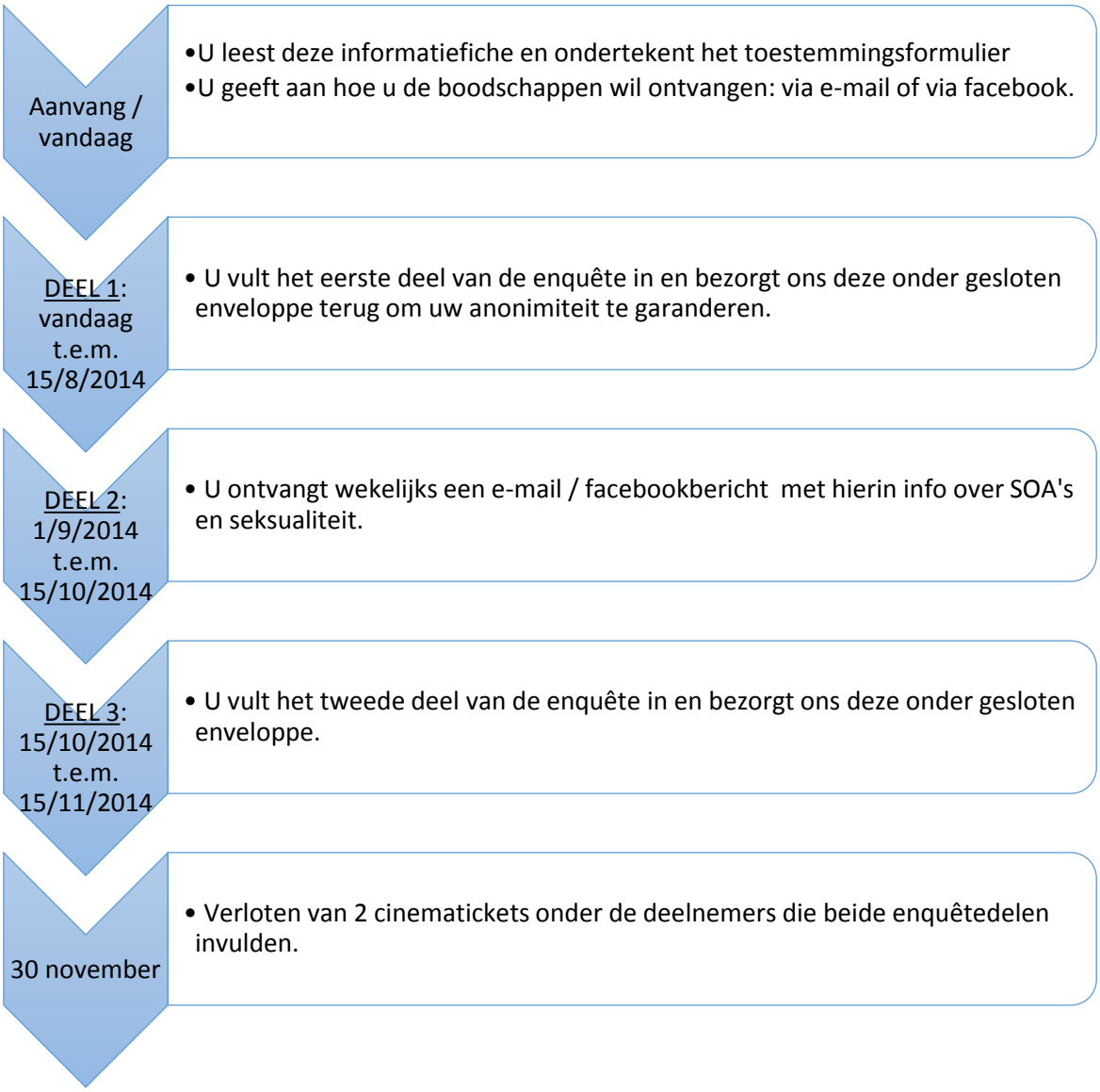
Er zijn geen vergoedingen of kosten verbonden aan deze studie.
Op het einde van de studie worden er 2 bioscooptickets verloot onder de deelnemers die alle delen doorlopen hebben.

Wilt u verder nog iets weten?
Voor verdere vragen kan u steeds terecht bij Dr. Sabbe of Dr. Bollen. Dit kan persoonlijk in de praktijk (Werkhuizenstraat 17, 8870 Izegem), telefonisch (051/69.56.42) of via e-mail (bollennele@hotmail.com).

Met vriendelijke groeten,

Nele Bollen
Eveline Sabbe

BIJLAGE : chronologisch verloop studie



BIJLAGE 2: TOESTEMMINGSFORMULIER

Titel van het onderzoek:

Seksueel overdraagbare aandoeningen: identificeren en motiveren van de doelgroep

Ik heb de informatiebrief voor de proefpersoon gelezen. Ik kon aanvullende vragen stellen en deze vragen zijn genoeg beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.

Ik weet dat meedoen helemaal vrijwillig is en dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen zonder dat ik daarvoor een reden moet geven. Ik ben akkoord dat mijn huisarts weet dat ik meedoe aan dit onderzoek. Ik weet dat sommige mensen mijn persoonlijke gegevens kunnen zien, maar dat deze apart van mijn antwoorden worden verwerkt. Ik geef toestemming om mijn gegevens te gebruiken, voor de doelen die in de informatiebrief staan.

Ik vind het goed om aan dit onderzoek mee te doen en wil op de volgende manier gecontacteerd worden:

- ❑ Email (dan noteert u uw e-mailadres):

  ……..

- ❑ Facebook privé berichten (dan noteert u uw schermnaam OF e-mail verbonden aan uw account, meestal voornaam.naam@facebook.be):

  ……

Naam proefpersoon:

Handtekening: Datum : __ / __ / __

Ik verklaar hierbij dat ik deze proefpersoon volledig heb geïnformeerd over het genoemde onderzoek. Als er tijdens het onderzoek informatie bekend wordt die de toestemming van de proefpersoon zou kunnen beïnvloeden, dan breng ik hem/haar daarvan tijdig op de hoogte.

Naam onderzoeker (of diens vertegenwoordiger):

Handtekening: Datum: __ / __ / __

BIJLAGE 3: AANVRAAG ETHISCHE COMMISSIE






Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

Seksueel overdraagbare aandoeningen: identificeren en motiveren van de doelgroep

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: DIRK AVONTS
- FUNCTIE:
- UNIVERSITEIT: UGENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: DEPARTMENT OF GENERAL PRACTICE AND PRIMARY HEALTH CARE
- TELEFOONNUMMER:
- FAX:
- E-MAIL: DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER:

CO-PROMOTOR

- NAAM: EVELINE SABBE
- FUNCTIE: HUISARTS
- OPLEIDINGSPRAKTIJK: EVELINE SABBE, WERKHUIZENSTRAAT 17, 8870 IZEGEM
- TELEFOONNUMMER: 051/69.56.42
- E-MAIL: EVELINESABBE@SKYNET.BE

3. GEGEVENS VAN DE HOOFDONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: NELE BOLLEN
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: KULEUVEN
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0498/31.51.88
- E-MAIL: BOLLENNELE@HOTMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: EVELINE SABBE
- ADRES: WERKHUIZENSTRAAT 17, 8870 IZEGEM
- TELEFOONNUMMER: 051/69.56.42
- E-MAIL: EVELINESABBE@SKYNET.BE
- TYPE-PRAKTIJK: SOLO-PRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

nvt

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 1 MEI 2014
- EINDE ONDERZOEK: 31 AUGUSTUS 2015

7. SOORT ONDERZOEK

- ☐ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
  - ☐ **VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)**
  - ☐ **VRAGENLIJSTEN**
  - ☐ ~~INTERVIEW~~

- ☐ ~~RETROSPECTIEF ONDERZOEK~~
  - ☐ ~~GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD~~
  - ☐ ~~GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE~~
    - ☐ ~~WELKE PERIODE: ….~~

- ☐ ~~INTERVENTIONEEL ONDERZOEK~~
  - ☐ ~~MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)~~
    - ☐ ~~FASE I~~
    - ☐ ~~FASE II~~
    - ☐ ~~FASE III~~
    - ☐ ~~FASE IV~~
    - ☐ ~~PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE~~
    - ☐ ~~PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN~~
    - ☐ ~~PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN~~

  - ☐ ~~ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)~~
    - ☐ ~~MEDICAL DEVICE~~
    - ☐ ~~BLOEDAFNAME, RX,…~~

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Het doel van deze studie is nagaan of we via het sturen van korte informatieve boodschappen over seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) en seksuele gezondheid het gedrag en de kennis van patiënten kunnen beïnvloeden. Deze boodschappen zullen verstuurd worden via e-mail of via facebook (naar gelang voorkeur patiënt). Deze nieuwere manier van communiceren via elektronische media zullen we ook trachten te evalueren.

Alle mannen en vrouwen van 18 jaar t.e.m. 27 jaar die tussen 1 april 2014 en 1 augustus 2014 op consultatie komen zullen gevraagd worden om deel te nemen. Na het verlenen van toestemming, vullen de deelnemers een eerste enquête (BIJLAGE 2) in. Deze peilt naast demografische gegevens ook naar condoomgebruik, of er al arts-patiënt contacten over seksuele gezondheid waren, of hij/zij reeds een SOA test onderging en hoe de deelnemer zijn/haar eigen SOA risico inschat. Het invullen van deze vragenlijst gebeurt anoniem.

In de daaropvolgende 8 weken zal er iedere week een informatieve boodschap verstuurd worden naar de deelnemers. Hij/zij mag zelf kiezen of dit via e-mail is, of via een privé-bericht op facebook. De onderwerpen die aan bod komen zijn SOA's (symptomen, asymptomatische dragers, besmetting, preventie, gevolgen), SOA screening (kosten, niet-invasief karakter), condoomgebruik en het beroepsgeheim van de huisarts.

Vervolgens wordt het tweede deel van de enquête (BIJLAGE 3) afgenomen dat dezelfde factoren bevraagt als het eerste deel. In dit deel wordt eveneens gevraagd de informatieve boodschappen te evalueren naar

frequentie, inhoud en vorm om zo de appreciatie voor deze manier van communiceren na te kijken. Ook deze vragenlijst wordt anoniem verwerkt en gekoppeld aan de eerste vragenlijst via een unieke cijfer-lettercode.

Deelnemers zullen worden aangemoedigd om met hun huisarts te spreken over seksuele gezondheid en om – indien nodig- een SOA test te ondergaan. De uitslagen van deze testen behoren echter niet meer tot de studie zelf.

Achtergrondinformatie en het volledige studieprotocol kan u vinden in BIJLAGE 1.

9. IS HET ONDERZOEK

- ~~DIAGNOSTISCH~~
- ~~FYSIOLOGISCH~~
- ~~MORFOLOGISCH~~
- ~~THERAPEUTISCH~~
- ~~FYSIOPATHOLOGISCH~~
- ☐ **EPIDEMIOLOGISCH**

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ~~JA~~
- ☐ **NEEN**

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UGENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?
   - ☐ **JA**
   - ~~NEEN~~

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?
   - ~~JA~~
   - ☐ **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: VERWACHT 40 À 100
D. LEEFTIJD: 18-27 JAAR
E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN
F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? ALLE MANNEN EN VROUWEN TUSSEN 18 EN 27 DIE TUSSEN 1 APRIL 2014 EN 1 AUGUSTUS 2014 OP RAADPLEGING KOMEN WORDEN UITGENODIGD OM DEEL TE NEMEN.

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN

- ☐ **JA**
- ~~NEEN~~

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- ☐ **JA**
- ~~NEEN~~

MONDELING :

- ☐ **JA**
- ~~NEEN~~

ZO NEEN, WAAROM NIET ?

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSOON?

- ~~JA~~
- **NEEN**

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEEN

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ~~JA~~
- **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- **JA**
- **NEEN**

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ~~JA~~
- **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- JA
- NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- JA
- NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- **JA, ZIE BIJLAGE 4**
- ~~NEEN~~

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- **JA, ZIE BIJLAGE 5**
- ~~NEEN~~

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

Gelijkaardig onderzoek heeft reeds plaatsgevonden in Melbourne, Australië (2006[1] en 2008[2]) met een positief effect op SOA kennis, aantal SOA testen en aantal contacten met de huisarts. Men gebruikte hier niet alleen e-mail als communicatiemiddel, maar ook SMS. Beide media werden goed onthaald door de jongeren. We willen kijken of we op deze wijze ook in onze praktijk de kennis en zo het aantal SOA testen kunnen verhogen. Bovendien zullen we in de toekomst misschien nog via e-mail aan preventie doen in deze leeftijdsgroep, tenminste als dit geapprecieerd wordt door onze studiegroep.

1. Lim MS, Hocking JS, Aitken CK, Fairley CK, Jordan L, Lewis JA et al. Impact of text and email messaging on the sexual health of young people: a randomised controlled trial. J Epidemiol Community Health. 2012;66:69-74.
2. Gold J, Lim MS, Hocking JS, Keogh LA, Spelman T, Hellard ME. Determining the impact of text messaging for sexual health promotion to young people. Sex Transm Dis. 2011 Apr;38:247-52.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?
- ~~JA~~
- **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?
- ~~JA~~
- **NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?
- ~~JA~~
- **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:
- **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
- ~~EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.~~
- ~~ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.~~

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?

niet van toepassing

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

- ~~JA~~
- **NEEN**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? …
B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?
   - JA
   - NEEN
C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?
   - JA
   - NEEN
D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

niet van toepassing

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

niet van toepassing

23.	**INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?**

niet van toepassing

24.	**WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?**

niet van toepassing

25 .	**FINANCIËLE OVEREENKOMST**

- ☐ **NIET VAN TOEPASSING**
- ☐ ~~AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:~~
  - ☐ ~~ERELOON:~~
  - ☐ ~~VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:~~

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING	PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM :	DATUM :
NAAM : NELE BOLLEN	NAAM : EVELINE SABBE
HANDTEKENING :	HANDTEKENING :

PROMOTOR	CO-PROMOTOR
DATUM :	DATUM :
NAAM : DIRK AVONTS	NAAM :
HANDTEKENING :	HANDTEKENING :

BIJLAGE 4: VRAGENLIJST DEEL 1

Beste ,

Alvorens deze vragenlijst in te vullen willen we nogmaals bedanken voor uw deelname. Wij garanderen u strikte anonimiteit, schrijf dus zeker nergens uw naam op dit formulier. Wij vragen u wel om op de daarvoor voorziene plaats een unieke code te noteren die eveneens op de tweede vragenlijst moet geschreven worden die u zal krijgen in oktober. Deze code mag bestaan uit letters en/of cijfers en mag geen link bevatten met uw identiteit (dus NIET: uw naam, uw telefoonnummer, uw geboortedatum. WEL: een code of woord dat u makkelijk kan onthouden, liefst minstens 4 tekens). Als u klaar bent, steekt u dit formulier in de bijgevoegde envelop, sluit u deze en bezorgt u hem terug **VOOR 15 augustus 2014** (in de brievenbus van de praktijk, in de daarvoor bestemde doos in de inkomhal of door hem af te geven aan uw huisarts).

*Noteer **hier** uw **unieke code**: ……*

---

1. *Leeftijd:*
   - ❑ *18 – 21 jaar*
   - ❑ *22 – 24 jaar*
   - ❑ *25 – 27 jaar*

2. *Geslacht:*
   - ❑ *man*
   - ❑ *vrouw*

3. *Burgerlijke status*
   - ❑ *alleenstaand*
   - ❑ *relatie (< 6 maanden)*
   - ❑ *relatie (> 6 maanden)*
   - ❑ *getrouwd*
   - ❑ *samenwonend*

4. *Seksuele voorkeur*
   - ❑ *heteroseksueel*
   - ❑ *homoseksueel*
   - ❑ *biseksueel*

5. *Beroep*
   - ❑ *student*
   - ❑ *werkloos*
   - ❑ *werkende*
   - ❑ *andere*

6. *Hebt u ooit seks gehad*
   - ❑ *Neen (sla dan vraag 7-14 over)*
   - ❑ *Ja*

7. *Hoeveel seksuele partners had u de voorbije 12 maanden?*
   - ❑ *0*
   - ❑ *1*
   - ❑ *2*
   - ❑ *>2*

8. *De voorbije 12 maanden gebruikte ik een condoom:*
    - ❑ *altijd*
    - ❑ *vaak*
    - ❑ *soms*
    - ❑ *zelden*
    - ❑ *nooit*

9. *Enkel voor <u>vrouwen</u>: Ik gebruik het volgende middel om zwangerschap te voorkomen (meerdere antwoorden mogelijk)*
    - ❑ *de pil*
    - ❑ *nuvaring*
    - ❑ *een spiraal*
    - ❑ *condoom*
    - ❑ *prikpil/staafje/pleister*
    - ❑ *periodieke onthouding*
    - ❑ *niets*
    - ❑ *niet van toepassing, ik probeer zwanger te worden*

10. *Enkel voor <u>vrouwen</u>: Ik gebruik het volgende middel om SOA's te voorkomen (meerdere antwoorden mogelijk)*
    - ❑ *de pil*
    - ❑ *nuvaring*
    - ❑ *een spiraal*
    - ❑ *condoom*
    - ❑ *prikpil/staafje/pleister*
    - ❑ *periodieke onthouding*
    - ❑ *niets*
    - ❑ *ik ben daar niet mee bezig*

11. *Enkel voor <u>vrouwen</u>: Ik heb de voorbije 6 maanden wel eens één of meer van de volgende verschijnselen gehad*
    - ❑ *vaginaal bloedverlies na het vrijen*
    - ❑ *vaginaal bloedverlies tussen mijn maandstonden in*
    - ❑ *pijn bij het plassen zonder dat ik een blaasontsteking had (OF een seksuele partner die pijn had bij het plassen)*
    - ❑ *geen van bovenstaande*

12. *Enkel voor <u>mannen</u>: Ik heb de voorbije 6 maanden wel eens één of meer van de volgende verschijnselen gehad*
    - ❑ *pijn bij het plassen in de genitale regio*
    - ❑ *etterig of vochtig verlies uit de penis*
    - ❑ *ontsteking van de prostaat of de (bij)bal*
    - ❑ *geen van bovenstaande*

13. *Ik heb al ooit een SOA-test ondergaan*
    - ❑ *neen*
    - ❑ *ja, eenmalig*
    - ❑ *ja, meermaals*

        Indien ja, hoe gebeurde dit (meerdere antwoorden mogelijk)?
        - ❑ *via een urinestaal*
        - ❑ *via een bloedafname*
        - ❑ *via een wisser*
        - ❑ *via een andere manier (specificeer): ……*

indien ja, waarom gebeurde dit (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ❑ *omdat ik zelf ongerust was dat ik een SOA had*
- ❑ *omdat ik symptomen had die kunnen wijzen op een SOA*
- ❑ *i.k.v. een zwangerschap (enkel ♀)*
- ❑ *i.k.v. een zwangerschapsonderbreking (enkel ♀)*
- ❑ *het initiatief kwam van mijn arts, niet van mij*

14. *Ik heb ooit al een SOA gehad*
    - ❑ *neen*
    - ❑ *ja*

    indien ja, welke (meerdere antwoorden mogelijk):
    - ❑ *chlamydia*
    - ❑ *gonokokken/gonoree*
    - ❑ *herpes*
    - ❑ *syfillis*
    - ❑ *genitale wratten*
    - ❑ *HIV*
    - ❑ *andere (gelieve te specifiëren): ……*

15. *Het onderwerp seksueel overdraagbare ziekten is al eens aan bod gekomen tijdens een consultatie met mijn huisarts:*
    - ❑ *nee*
    - ❑ *ja, op initiatief van mijn huisarts*
    - ❑ *ja, op mijn initiatief*

16. *Ik zou het oké vinden als mijn huisarts mij vragen stelde over mijn seksueel gedrag (aantal partners, voorbehoedsmiddel, SOA preventie, ….)*
    - ❑ *zeker niet akkoord*
    - ❑ *niet akkoord*
    - ❑ *neutraal*
    - ❑ *akkoord*
    - ❑ *zeker akkoord*

17. *Ik schat mijn kennis over SOA's en veilig seksueel gedrag als volgt in (1= zeer slecht, 10 = zeer goed)*
    - ❑ *1*
    - ❑ *2*
    - ❑ *3*
    - ❑ *4*
    - ❑ *5*
    - ❑ *6*
    - ❑ *7*
    - ❑ *8*
    - ❑ *9*
    - ❑ *10*

18. *Ik kom zelf in aanmerking om mij te laten testen op SOA's*
    - ❑ *zeker niet*
    - ❑ *waarschijnlijk niet*
    - ❑ *misschien niet*
    - ❑ *misschien wel*
    - ❑ *waarschijnlijk wel*
    - ❑ *zeker wel*

19. *De kans dat ik mij binnen de 6 maanden eens laten testen op SOA's is*
    - ❑ *onbestaand*
    - ❑ *klein*
    - ❑ *eerder klein*
    - ❑ *eerder groot*
    - ❑ *groot*
    - ❑ *zeer groot*

De volgende 4 vragen gaan over de symptomen, opsporing en behandeling van SOA's. Geef spontaan antwoord, je hoeft hiervoor zeker niets op te zoeken.

20. De diagnose van een chlamydia infectie kan worden gesteld aan de hand van (meerdere antwoorden mogelijk):
    - ❑ *een bloedtest*
    - ❑ *een vaginaal onderzoek*
    - ❑ *een urinestaal*
    - ❑ *een genitale wisser*
    - ❑ *er is geen test nodig, de typisch symptomen zijn voldoende voor de diagnose*

21. Welke SOA kunnen we NIET behandelen met antibiotica?
    - ❑ *gonokken/gonorroe*
    - ❑ *chlamydia*
    - ❑ *syfilis*
    - ❑ *geen van bovenstaande antwoorden is correct*

22. Wat is géén SOA (meerdere antwoorden mogelijk)?
    - ❑ *blaasontsteking*
    - ❑ *syfilis*
    - ❑ *genitale wratten*
    - ❑ een schimmelinfectie = candida infectie
    - ❑ *herpes*

23. *Mensen met chlamydia hebben het vaakst:*
    - ❑ *pijn bij het plassen*
    - ❑ *geen symptomen*
    - ❑ *blaasjes thv de schaamlippen (vrouw) of eikel (man)*
    - ❑ *geen van bovenstaande klachten komen voor bij chlamydia*

Dit is het einde van de vragenlijst. BEDANKT!

BIJLAGE 5: INFORMATIEVE BOODSCHAPPEN

I. Boodschap 1: Welkom

Beste deelnemer,

Heel hard bedankt om mee te doen aan onze praktijkstudie over Seksueel Overdraagbare Ziektes (SOA's).
In bijlage vind je nog eens de planning van de studie, en hoe deze verloopt in de tijd (fase 1-2-3).

Graag hadden we de ingevulde vragenlijsten verzameld ter **afsluiting van fase één** (deze zit in je infobundel, en eveneens nog eens in bijlage van deze mail).
Indien je dit nog niet kon doen, mag je deze nog steeds anoniem in onze brievenbus steken of doormailen.

Vanaf vandaag gaan we van **start met de tweede fase** van onze studie.

Dit is de eerste van acht mails, waarin we zullen proberen enkele taboes en misverstanden over SOA's de wereld uit te helpen.
Wat we eveneens willen benadrukken is dat seksuele gezondheid ook behoort tot het domein van de huisarts. En dat je ook hiervoor bij ons terecht kan.

Nogmaals **dankjewel** voor je deelname! Hopelijk wordt het een leuke, leerzame ervaring.

Groetjes

Dr Nele Bollen & Dr Eveline Sabbe

Je ontvangt deze mail in het kader van je deelname aan onze praktijkstudie over seksueel overdraagbare ziektes. Om je uit te schrijven, mag je antwoorden op deze mail. Met praktische vragen kan je steeds bij ons terecht. Voor inhoudelijke vragen of vragen met betrekking tot je eigen gezondheid of indicatie tot SOA screening, maken wij graag voldoende tijd. Je bent steeds welkom op raadpleging, waar–zoals steeds- strikt beroepsgeheim geldt.

II. Boodschap 2: Wat is de meest voorkomende SOA in België?

Een SOA is een virus of bacterie waarmee je besmet wordt via seks (vaginaal, anaal, oraal). Niet alle genitale aandoeningen zijn echter besmettelijk via seks.

Een **schimmelinfectie** is bijvoorbeeld een overgroei van de natuurlijke schimmelflora van huid en slijmvliezen. Dit heeft **niks met seks te maken**. Ook een blaasontsteking is geen SOA natuurlijk.

De **volgende aandoeningen zijn wél seksueel overdraagbaar**:

- Chlamydia
- Gonokok/Gonorroe
- HIV
- Syfilis
- Hepatitis B
- Genitale wratten
- Herpes
- Schaamluizen
- …

De **meest frequente** SOA in België is **CHLAMYDIA** met 45% van alle SOA diagnoses. Eén op twintig vrouwen is besmet, meestal zonder het te weten. Dat is meteen ook de verklaring voor de frequentie waarmee chlamydia voorkomt.

In de volgende mail leggen we uit hoe je chlamydia en andere SOA's kan herkennen.

Take home message:
- Chlamydia is de meest voorkomende SOA in België
- Een schimmelinfectie krijg je NIET via seksueel contact

Groetjes

Dr Nele Bollen & Dr Eveline Sabbe

Je ontvangt deze mail in het kader van je deelname aan onze praktijkstudie over seksueel overdraagbare ziektes. Om je uit te schrijven, mag je antwoorden op deze mail. Met praktische vragen kan je steeds bij ons terecht. Voor inhoudelijke vragen of vragen met betrekking tot je eigen gezondheid of indicatie tot SOA screening, maken wij graag voldoende tijd. Je bent steeds welkom op raadpleging, waar–zoals steeds- strikt beroepsgeheim geldt.

III. Boodschap 3: Hoe kan ik een SOA bij mezelf herkennen?

Er zijn 2 redenen waarom je niet zeker kan weten of je een SOA hebt:

1. Op het moment dat je besmet wordt met een SOA krijg je niet onmiddellijk symptomen! De tijd tussen de besmetting en het optreden van symptomen heet de incubatietijd. Deze is voor elke SOA verschillend.

2. Veel SOA's geven –zelfs na deze incubatietijd- geen symptomen, of slechts heel weinig en daarna niks meer.
   (Zo geeft de meest voorkomende SOA, chlamydia, meestal GEEN ENKEL symptoom)

Of je nu symptomen hebt of niet : het is toch belangrijk om SOA's op te sporen.
In de volgende mail leggen we uit waarom.

Take home message: Niet alle SOA's geven symptomen, maar je bent toch besmet!

BIJLAGE: NOG wat extra informatie…

Hieronder vind je een overzicht van enkele SOA's met hun mogelijke symptomen.
In de rechtse kolom zie je de incubatietijd, die de tijd tussen besmetting en symptomen aangeeft.

SOA	MOGELIJKE SYMPTOMEN	INCUBATIETIJD
Chlamydia	• ***NIKS****! (meestal)* • *pijn bij het plassen* • *etterige of veranderde vaginale afscheiding (vrouwen) of vochtverlies t.h.v. eikel (mannen)* • *bloedverlies na seks of tussen menstruaties door*	*1 dag à 3 weken*
Gonokokken	• *NIKS!* • *pijn bij het plassen* • *etterige of veranderde vaginale afscheiding (vrouwen) of etter /vochtverlies t.h.v. eikel (mannen)* • *bloedverlies na seks of tussen menstruaties door*	*1 dag à 2 weken*
Syfilis	• *een wonde ('sjanker') in de genitale zone* • *je ziek voelen, klierzwelling, vermoeidheid* • *huiduitslag* • *NIKS!*	*2 à 12 weken*
Hepatitis B	• *je ziek voelen, vermoeidheid, koorts* • *geelzucht*	*1 à 6 maanden*
HIV	• *koorts, vermoeidheid, spierpijn, gewrichtspijn, hoofdpijn, keelpijn, klierzwelling* • *gedaalde immuniteit* • *NIKS!*	*2 à 6 weken*
Genitale wratten	• *1 of meer bolletjes (wratjes) in de genitale of anale zone*	*Maanden tot jaren*
Herpes	• *1 of meer bolletjes of wondjes in de genitale of anale zone* • *pijn bij het plassen* • *koorts, je ziek voelen, vermoeidheid, klierzwelling* • *NIKS!*	*4 à 14 dagen*

Al deze klachten kunnen uiteraard ook op andere aandoeningen wijzen, die niet seksueel overdraagbaar zijn.

Voor meer uitleg over de specifieke SOA's en symptomen kan je terecht op
http://www.seksualiteit.be/soas/overzicht-van-soas

Groetjes

Dr Nele Bollen & Dr Eveline Sabbe

Je ontvangt deze mail in het kader van je deelname aan onze praktijkstudie over seksueel

overdraagbare ziektes. Om je uit te schrijven, mag je antwoorden op deze mail. Met praktische vragen kan je steeds bij ons terecht. Voor inhoudelijke vragen of vragen met betrekking tot je eigen gezondheid of indicatie tot SOA screening, maken wij graag voldoende tijd. Je bent steeds welkom op raadpleging, waar–zoals steeds- strikt beroepsgeheim geldt.

IV. Boodschap 4: Is het erg als ik een SOA heb?

In de voorbij email legden we uit dat SOA's niet altijd symptomen geven. Maar zelfs in dat geval, kan een SOA toch zeer schadelijk zijn voor je gezondheid!

Naast de typische symptomen, hebben SOA's immers ook andere gevolgen.

1. Vooreerst kan je, ook zonder zelf symptomen te hebben, de SOA doorgeven aan iemand anders. (En dus ook omgekeerd: je kan besmet worden door iemand zonder symptomen!)

2. Ten tweede kunnen SOA's op lange termijn zeer ernstige, vaak ongeneesbare schade aanbrengen

   Voorbeelden hiervan zijn:

   - HIV: falen van het immuunsysteem, overlijden
   - Chlamydia en gonorroe: onvruchtbaarheid !
   - Syfillis: dementie op jonge leeftijd
   - Hepatitis B: onherstelbare leverschade
   - Genitale wratten: baarmoederhalskanker.

Je kan deze verwikkelingen voorkomen door je op tijd te laten testen en behandelen. Of natuurlijk nóg beter: voorkomen dat je besmet raakt.

In de volgende mails leggen we uit hoe je dit doet.

Take home message:

Je kan een SOA krijgen en doorgeven, zelfs zonder symptomen!

SOA's kunnen op lange termijn zeer schadelijk zijn voor je eigen gezondheid en je vruchtbaarheid.

Groetjes

Dr Nele Bollen & Dr Eveline Sabbe

Je ontvangt deze mail in het kader van je deelname aan onze praktijkstudie over seksueel overdraagbare ziektes. Om je uit te schrijven, mag je antwoorden op deze mail. Met praktische vragen kan je steeds bij ons terecht. Voor inhoudelijke vragen of vragen met betrekking tot je eigen gezondheid of indicatie tot SOA screening, maken wij graag voldoende tijd. Je bent steeds welkom op raadpleging, waar–zoals steeds- strikt beroepsgeheim geldt.

V. Boodschap 5: Hoe kan ik voorkomen dat ik een SOA krijg?

Seks hebben zonder zwanger te worden?

OF

Seks hebben zonder een SOA op te lopen?

Kortom: wil je je beschermen tegen een zwangerschap of tegen een SOA? Of tegen beide??

Er bestaan meerdere voorbehoedsmiddelen om je te beschermen tegen een ongewenste zwangerschap.

- Bv. de pil, minipil, vaginale ring, condoom, spiraaltje, prikpil, hormonenstaafje.
- Bij een correct gebruik hiervan is de kans op zwangerschap kleiner dan 0.5% per jaar.
- Weinige van deze middelen voorkomen echter dat je besmet wordt met een SOA!

Maar er bestaat maar één voorbehoedsmiddel tegen een SOA.

- Een SOA wordt doorgegeven door rechtstreeks contact tussen slijmvliezen.
- Dit geldt voor zowel oraal als genitaal én anaal contact.
- De énige goede manier om je te beschermen tegen een SOA is een **CONDOOM** gebruiken.
- Tegen hepatitis B en sommige genitale wratten kan je je ook laten vaccineren.

Take home message: Er zijn veel goede voorbehoedsmiddelen, maar enkel een condoom beschermt tegen zwangerschap EN SOA's!

Voor meer info over voorbehoedsmiddelen en bescherming tegen SOA's kan kan je surfen naar http://www.seksualiteit.be/soas

Groetjes

Dr Nele Bollen & Dr Eveline Sabbe

Je ontvangt deze mail in het kader van je deelname aan onze praktijkstudie over seksueel overdraagbare ziektes. Om je uit te schrijven, mag je antwoorden op deze mail. Met praktische vragen kan je steeds bij ons terecht. Voor inhoudelijke vragen of vragen met betrekking tot je eigen gezondheid of indicatie tot SOA screening, maken wij graag voldoende tijd. Je bent steeds welkom op raadpleging, waar–zoals steeds- strikt beroepsgeheim geldt.

VI. Boodschap 6: "To test, or not to test? that is the question!"

Zou jij je beter laten testen op SOA's?

DOE HIER DE TEST!

	Ja	Neen
Ik heb seks gehad zonder condoom		
Ik heb een condoom gebruikt, maar hij scheurde of gleed af		
Ik ben een nieuwe relatie begonnen in de voorbije 6 maanden		
Ik had meer dan één seksuele partner in de voorbije 12 maanden		
Ik ben zwanger		
Ik heb klachten die kunnen wijzen op een SOA*		
Ik heb seks gehad met iemand die mogelijks (klachten van*) een SOA had		
Ik heb seks gehad met een homo- of biseksueel, prostitué of intraveneus drugsgebruiker		
Ik heb seks gehad met iemand die ik niet kende		
Ik heb seks gehad met iemand uit een land waar veel HIV en andere SOA's voorkomen zoals in Afrika en Azië		
Ik heb seks gehad met iemand die verschillende sekspartners heeft		

* wratjes, zweertjes of blaasjes, een (slecht ruikende) afscheiding uit penis of vagina, ….

Als je op 1 van de vragen JA antwoord, dan kan het aangewezen zijn om je te laten testen!

Als je nog twijfelt, kan je je huisarts raadplegen om samen te kijken of een SOA test voor jou zinvol is.

In de volgende mails leggen we uit hoe en waar een SOA test gebeurt.

Take home message:

- **Er zijn verschillende redenen om een soa-test te laten doen, de belangrijkste is seks gehad hebben zonder condoom .**
- **Bij twijfel of ongerustheid kan je altijd overleggen je huisarts.**

Groetjes

Dr Nele Bollen & Dr Eveline Sabbe

Je ontvangt deze mail in het kader van je deelname aan onze praktijkstudie over seksueel overdraagbare ziektes. Om je uit te schrijven, mag je antwoorden op deze mail. Met praktische vragen kan je steeds bij ons terecht. Voor inhoudelijke vragen of vragen met betrekking tot je eigen gezondheid of indicatie tot SOA screening, maken wij graag voldoende tijd. Je bent steeds welkom op raadpleging, waar–zoals steeds- strikt beroepsgeheim geldt.

VII. Boodschap 7: Hoe kan ik mij laten screenen op een SOA?

Waar en wanneer?
Je kan je laten testen bij je huisarts.
Dit kan op elke moment, op raadpleging. Je hoeft niet nuchter te zijn.

Hoe?
Welke test er nodig is, hangt af van de SOA waarop getest wordt.

- Chlamydia urine of genitale wisser
- Gonokok urine of genitale wisser
- HIV: bloed
- Syfilis: bloed
- Hepatitis B: bloed
- Herpes: genitaal onderzoek
- Genitale wratten genitaal onderzoek

Als je geen klachten hebt, volstaat een urine – en bloedstaal. Er is dan geen genitaal onderzoek nodig.

De uitslag van het bloed krijg je de dag zelf al, de urinetesten zijn pas na 5 dagen gekend.

Wat breng ik mee?
Een klevertje van je ziekenfonds
Een staal urine (ideaal is ochtendurine!)

Wat laat ik thuis?
Schaamte
Een ambetant gevoel

… want dat is helemaal niet nodig!

Take home message: Een SOA test gebeurt bij je huisarts, aan de hand van een urinestaal en een bloedname.

Groetjes

Dr Nele Bollen & Dr Eveline Sabbe

Je ontvangt deze mail in het kader van je deelname aan onze praktijkstudie over seksueel overdraagbare ziektes. Om je uit te schrijven, mag je antwoorden op deze mail. Met praktische vragen kan je steeds bij ons terecht. Voor inhoudelijke vragen of vragen met betrekking tot je eigen gezondheid of indicatie tot SOA screening, maken wij graag voldoende tijd. Je bent steeds welkom op raadpleging, waar–zoals steeds- strikt beroepsgeheim geldt.

VIII. Wie komt er te weten dat ik me laat testen op SOA's?

Wat zullen mijn partner / huisgenoten denken?

Het antwoord is simpel: niets.

Als huisarts zijn wij gebonden aan het beroepsgeheim, ook als je minderjarig bent.
Dit wil dus zeggen :

- dat wij nooit zullen doorvertellen dat je voor een SOA test kwam.
- dat de resultaten alléén met jou worden besproken.
- dat jij zelf beslist of je het resultaat meedeelt aan je seksuele partner(s) of je omgeving. Wij mogen niemand, ook niet jouw partner, inlichten over jouw testresultaat.

Zijn er bewijzen van de screening?

- De rekening van het labo (waar je bloed of urine wordt onderzocht) kan, indien je dit aan ons vraagt, naar ons opgestuurd worden ipv naar je thuisadres.
- De betaling bij ons kan eventueel ook zonder getuigschrift gebeuren.

Op deze manier zullen alle 'bewijzen' van je SOA screening verdwijnen.

Wat zal de dokter denken?

Het antwoord is opnieuw simpel: niets.

- Je hoeft geen verantwoording af te leggen om een SOA test te kunnen ondergaan.
- Je vertelt zelf zoveel als jij wil over de reden waarom je je wil laten testen. Wij vragen dan enkel het hoogstnoodzakelijke om te bepalen op welke SOA's er moet getest worden.

Maar : weet dat je bij ons terecht kan met alle vragen over seks en SOA's. Rare of verkeerde vragen bestaan niet!

Take home message:
Niemand uit je omgeving komt te weten dat je je laat testen op SOA's.
Enkel je huisarts en jijzelf zijn op de hoogte van het resultaat.

Groetjes

Dr Nele Bollen & Dr Eveline Sabbe

Je ontvangt deze mail in het kader van je deelname aan onze praktijkstudie over seksueel overdraagbare ziektes. Om je uit te schrijven, mag je antwoorden op deze email. Met praktische vragen kan je steeds bij ons terecht. Voor inhoudelijke vragen of vragen met betrekking tot je eigen gezondheid of indicatie tot SOA screening, maken wij graag voldoende tijd. Je bent steeds welkom op raadpleging, waar–zoals steeds- strikt beroepsgeheim geldt.

IX. Boodschap 9: Overzicht

1. Chlamydia is de meest voorkomende SOA in België.
   Een schimmelinfectie krijg je NIET via seksueel contact.

2. Niet alle SOA's geven symptomen, maar je bent toch besmet.

3. Je kan een SOA krijgen en doorgeven, zelfs zonder symptomen.

4. SOA's kunnen op lange termijn zeer schadelijk zijn voor je eigen gezondheid en je vruchtbaarheid.

5. Er zijn veel goede voorbehoedsmiddelen, maar enkel een condoom beschermt tegen zwangerschap EN SOA's.

6. Er zijn verschillende redenen om een soa-test te laten doen, de belangrijkste is seks gehad hebben zonder condoom. Bij twijfel of ongerustheid kan je altijd overleggen je huisarts.

7. Een SOA test gebeurt bij je huisarts, aan de hand van een urinestaal en een bloedname.

8. Niemand uit je omgeving komt te weten dat je je laat testen op SOA's.
   Enkel je huisarts en jijzelf zijn op de hoogte van het resultaat.

Groetjes

Dr Nele Bollen & Dr Eveline Sabbe

Je ontvangt deze mail in het kader van je deelname aan onze praktijkstudie over seksueel overdraagbare ziektes. Om je uit te schrijven, mag je antwoorden op deze mail. Met praktische vragen kan je steeds bij ons terecht. Voor inhoudelijke vragen of vragen met betrekking tot je eigen gezondheid of indicatie tot SOA screening, maken wij graag voldoende tijd. Je bent steeds welkom op raadpleging, waar–zoals steeds- strikt beroepsgeheim geldt.

X. Boodschap 10: 2e enquête praktijkproject SOA's

Beste deelnemer,

Nu alle mails verstuurd zijn, zit ons onderzoek er bijna op.

Het **derde en laatste deel** van de studie is een korte enquête (4min) die peilt naar jullie mening over de verzonden boodschappen.

Je vindt deze enquête in bijlage. Je kan deze op twee manieren invullen en indienen:

1. Elektronisch: invullen op de computer en terugsturen naar huisartsenpraktijkklimop@hotmail.com (de lijst wordt dan –zonder je antwoorden te lezen- afgeprint en anoniem bij de rest van de hoop gelegd.

2. Schriftelijk: afprinten, invullen en in de brievenbus van de praktijk steken (cfr de eerste vragenlijst).

We zouden graag alle vragenlijsten terug hebben **voor 5 november**.

!!!! We zouden willen vragen zeker ook het codewoord in te vullen. Dit is dezelfde code die je ook op de eerste vragenlijst schreef. Op deze manier kunnen we de antwoorden van beide vragenlijsten aan elkaar linken.

Uiteraard zijn we jullie nog steeds zeer dankbaar voor jullie deelname!
Het was voor ons een uitdaging die we dankzij jullie enthousiasme en fijne reacties tot een goed einde hebben kunnen brengen.
We verloten 2 filmtickets onder diegene die alle delen van de studie mee doorlopen hebben. Dit gebeurt door een onschuldige kinderhand eind november. De winnaar wordt natuurlijk op de hoogte gebracht via mail.

Groetjes, Dr Nele Bollen & Dr Eveline Sabbe

BIJLAGE 6: VRAGENLIJST DEEL 2

Beste,

Hierbij volgt het derde en laatste deel van de studie. Opnieuw vragen wij u een anonieme vragenlijst in te vullen. Als u klaar bent steekt u dit formulier in de bijgevoegde envelop, sluit u deze en bezorgt u hem terug (in de brievenbus van de praktijk, in de daarvoor bestemde doos in de inkomhal of door hem af te geven aan uw huisarts), dit **VOOR 31 oktober 2014.**

*Noteer **hier** uw **unieke code**, dit is dezelfde code die u ook op uw eerste vragenlijst noteerde (indien u uw code niet meer weet, gelieve dit dan zo te vermelden):*

……

---

1. *Ik koos voor het volgende communicatiemedium*
   - ❑ e-*mail*
   - ❑ *facebook*

2. *Ik vond de inhoud van de boodschappen interessant*
   - ❑ *zeker niet akkoord*
   - ❑ *niet akkoord*
   - ❑ *neutraal*
   - ❑ *akkoord*
   - ❑ *zeker akkoord*

3. *Ik vond de lengte van de boodschappen te lang*
   - ❑ *zeker niet akkoord*
   - ❑ *niet akkoord*
   - ❑ *neutraal*
   - ❑ *akkoord*
   - ❑ *zeker akkoord*

4. *Ik had bij sommige boodschappen graag nog meer informatie gehad*
   - ❑ *zeker niet akkoord*
   - ❑ *niet akkoord*
   - ❑ *neutraal*
   - ❑ *akkoord*
   - ❑ *zeker akkoord*

5. *Ik vond de boodschappen moeilijk om te begrijpen*
   - ❑ *zeker niet akkoord*
   - ❑ *niet akkoord*
   - ❑ *neutraal*
   - ❑ *akkoord*
   - ❑ *zeker akkoord*

6. *Ik heb de bijkomende informatie bekeken (de websites, tekstjes, …)*
    - ❑ *zeker niet akkoord*
    - ❑ *niet akkoord*
    - ❑ *neutraal*
    - ❑ *akkoord*
    - ❑ *zeker akkoord*

7. *Ik leerde iets bij over SOA's*
    - ❑ *zeker niet akkoord*
    - ❑ *niet akkoord*
    - ❑ *neutraal*
    - ❑ *akkoord*
    - ❑ *zeker akkoord*

8. Ik vond de berichten vervelend
    - ❑ *zeker niet akkoord*
    - ❑ *niet akkoord*
    - ❑ *neutraal*
    - ❑ *akkoord*
    - ❑ *zeker akkoord*

9. *Ik heb de boodschappen allemaal gelezen*
    - ❑ *zeker niet akkoord*
    - ❑ *niet akkoord*
    - ❑ *neutraal*
    - ❑ *akkoord*
    - ❑ *zeker akkoord*

10. *De boodschappen doen mij nadenken over mijn eigen seksueel gedrag*
    - ❑ *zeker niet akkoord*
    - ❑ *niet akkoord*
    - ❑ *neutraal*
    - ❑ *akkoord*
    - ❑ *zeker akkoord*

11. *De boodschappen veranderen mijn mening over condoomgebruik*
    - ❑ *zeker niet akkoord*
    - ❑ *niet akkoord*
    - ❑ *neutraal*
    - ❑ *akkoord*
    - ❑ *zeker akkoord*

12. *Ik heb de intentie om meer een condoom te gebruiken*
    - ❑ *zeker niet akkoord*
    - ❑ *niet akkoord*
    - ❑ *neutraal*
    - ❑ *akkoord*
    - ❑ *zeker akkoord*

13. *Dit project maakt het voor mij makkelijker om in de toekomst mijn arts aan te spreken over SOA's en seksualiteit*
    - ❑ *zeker niet akkoord*
    - ❑ *niet akkoord*
    - ❑ *neutraal*
    - ❑ *akkoord*
    - ❑ *zeker akkoord*

14. *Door deze boodschappen heb ik de voorbije 2 maanden al eens een ander voorbehoedsmiddel gebruikt*
    - ❑ *Neen*
    - ❑ *Ja, gelieve te specificeren: …….*

15. *Ik besprak de inhoud van de boodschap aan iemand anders (meerdere antwoorden mogelijk)*
    - ❑ *neen*
    - ❑ *ja, aan mijn partner*
    - ❑ *ja, aan een vriend(in) of familielid*

16. *Ik kom zelf in aanmerking om mij te laten testen op SOA's*
    - ❑ *zeker niet*
    - ❑ *waarschijnlijk niet*
    - ❑ *misschien niet*
    - ❑ *misschien wel*
    - ❑ *waarschijnlijk wel*
    - ❑ *zeker wel*

17. *Ik heb mij sinds de eerste vragenlijst laten testen op SOA's*
    - ❑ *Neen*
    - ❑ *ja*

18. *De kans dat ik mij binnen de 6 maanden eens laten testen op SOA's is:*
    - ❑ *onbestaand*
    - ❑ *klein*
    - ❑ *eerder klein*
    - ❑ *eerder groot*
    - ❑ *groot*
    - ❑ *zeer groot*

19. *Ik schat mijn kennis over SOA's en veilig seksueel gedrag als volgt in (1= zeer slecht, 10 = zeer goed)*
    - ❑ *1*
    - ❑ *2*
    - ❑ *3*
    - ❑ *4*
    - ❑ *5*
    - ❑ *6*
    - ❑ *7*
    - ❑ *8*
    - ❑ *9*
    - ❑ *10*

20. *10Ik wil in de toekomst nog wel eens een informerende boodschap krijgen van mijn huisarts (hypothetisch, dit wil niet zeggen dat u deze daadwerkelijk zal ontvangen)*
    - ❑ *zeker niet akkoord*
    - ❑ *niet akkoord*
    - ❑ *neutraal*
    - ❑ *akkoord*
    - ❑ *zeker akkoord*

21. *Ik verkies de volgende manier om informatieve boodschappen te krijgen van mijn huisarts (hypothetisch, dit wil niet zeggen dat u deze daadwerkelijk zal ontvangen).*
    - ❑ *e-mail*
    - ❑ *facebook*
    - ❑ *sms*
    - ❑ *brief/folder*
    - ❑ *geen van bovenstaande*

De volgende 4 vragen gaan over de symptomen, opsporing en behandeling van SOA's. Geef spontaan antwoord, je hoeft hiervoor zeker niets op te zoeken.

22. De diagnose van een chlamydia infectie kan worden gesteld aan de hand van (meerdere antwoorden mogelijk):
    - ❑ *een bloedtest*
    - ❑ *een vaginaal onderzoek*
    - ❑ *een urinestaal*
    - ❑ *een genitale wisser*
    - ❑ *er is geen test nodig, de typisch symptomen zijn voldoende voor de diagnose*

23. Welke SOA kunnen we NIET behandelen met antibiotica?
    - ❑ *gonokken/gonorroe*
    - ❑ *chlamydia*
    - ❑ *syfilis*
    - ❑ *geen van bovenstaande antwoorden is correct*

24. Wat is géén SOA (meerdere antwoorden mogelijk)?
    - ❑ *syfilis*
    - ❑ *genitale wratten*
    - ❑ een schimmelinfectie = candida infectie
    - ❑ *herpes*

25. *Mensen met chlamydia hebben het vaakst:*
    - ❑ *pijn bij het plassen*
    - ❑ *geen symptomen*
    - ❑ *blaasjes thv de schaamlippen (vrouw) of eikel (man)*
    - ❑ *geen van bovenstaande klachten komen voor bij chlamydia*

Dit is het einde van de vragenlijst. BEDANKT!
In de maand november zullen er 2 bioscooptickets verloot worden onder de deelnemers. De winnaar zal persoonlijk op de hoogte gebracht worden.

BIJLAGE 7: PUNTENSYSTEEM KENNISVRAGEN

De diagnose van een chlamydia infectie kan worden gesteld aan de hand van (meerdere antwoorden mogelijk):

- ❑ *een bloedtest* *-1*
- ❑ *een vaginaal onderzoek* *+0.5*
- ❑ *een urinestaal* *+1.5*
- ❑ *een genitale wisser* *+1,5*
- ❑ *er is geen test nodig, de typisch symptomen zijn voldoende voor de diagnose* *-1*

Welke SOA kunnen we NIET behandelen met antibiotica?

- ❑ *gonokken/gonorroe* *-2*
- ❑ *chlamydia* *-2*
- ❑ *syfilis* *-2*
- ❑ *geen van bovenstaande antwoorden is correct* *+2,5*

Wat is géén SOA (meerdere antwoorden mogelijk)?

- ❑ *Blaasontsteking* *+1*
- ❑ *syfilis* *-1*
- ❑ *genitale wratten* *-1*
- ❑ een schimmelinfectie = candida infectie +2
- ❑ *herpes* *-1*

Mensen met chlamydia hebben het vaakst:

- ❑ *pijn bij het plassen* *+1*
- ❑ *geen symptomen* *+2.5*
- ❑ *blaasjes thv de schaamlippen (vrouw) of eikel (man)* *-1*
- ❑ *geen van bovenstaande klachten komen voor bij chlamydia* *-2*

Op elke vraag apart kan men maximum 2,5 punten scoren.