



UNIVERSITEIT GENT

Faculteit Geneeskunde en gezondheidswetenschappen

Academiejaar 2014-2015

Aanvaardbaarheid van SOA zelftests bij jongeren

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van
Master in de Gezondheidsvoorlichting en –bevordering

Door Babette Desmadryl

Promotor: Dr. Kristien Michiels

Co-promotor: Heleen Vermandere

Abstract

Introductie: Er is een stijging in de rapportage van het aantal SOA's in Vlaanderen. Deze centreert zich vooral bij jongvolwassenen (15 tot 24 jaar). Daarenboven wordt te weinig getest op SOA's waardoor de vraag rijst wat hier aan gedaan kan worden. Het doel van het onderzoek was dan ook om na te gaan wat de barrières zijn om niet naar de huisarts te gaan en of SOA-zelftesten een oplossing kunnen bieden.

Methode: Er werd een exploratief kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Hierbij vonden zes focusgroepgesprekken plaats met 35 jongeren tussen 18 en 24 jaar. Daarnaast vond één focusgroepgesprek plaats met studentenartsen. De jongeren werden hoofdzakelijk gerekruteerd via sociale media en e-mails naar verenigingen. De studentenartsen werden gerekruteerd via e-mail. De gesprekken werden opgenomen, uitgetypt en geanalyseerd in NVivo.

Resultaten: Er is nog steeds een gebrek aan kennis omtrent SOA's. Daarnaast is de belangrijkste barrière om niet naar de huisarts te gaan het taboe en daarmee samenhangend de angst voor de reactie van anderen. Rond de invoering van zelftesten om deze barrière te overkomen, waren de meningen verdeeld. Inzetten op informatievoorziening en preventie bleek belangrijker. Indien zelftesten toch zouden worden aangeboden, ging de voorkeur uit naar doe-het-zelftesten waarbij uitvoering en analyse door de jongere zelf gebeurt. Daarenboven bleek bekendmaking, gebruiksgemak, prijs en betrouwbaarheid essentieel. Volgens studentenartsen mogen de testen ook niet los aangeboden worden van de artspraktijk.

Conclusie: Inzetten op preventie en informatievoorziening in het middelbaar en de hogeschool/universiteit blijft de beste strategie om de grootste barrière, namelijk het taboe, weg te werken.

Aantal woorden masterproef: 24 904 (exclusief inhoudsopgave, referenties en bijlagen)



FACULTEIT GENEESKUNDE EN
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

Verklaring publicatie en vermogensrecht Masterproef Master in de gezondheidsvoorlichting en –bevordering

Ondertekende

Naam: Desmadryl Babette

Geboortedatum: 04/09/1990

Stamnummer: 01210079

Student aan de opleiding Master in de Gezondheidsvoorlichting en –bevordering van
de Universiteit Gent

Verklaart hierbij

alle rechten mbt publicatie en verspreiding van onderzoeksresultaten

verzameld in het kader van zijn/haar masterproef

en alle vermogensrechten op de onderzoeksresultaten verzameld in het kader

van zijn/haar masterproef

over te dragen aan de Universiteit Gent vertegenwoordigd door zijn/haar

promotor

Datum:

Handtekening:

Inhoudsopgave

Abstract	ii
Inhoudsopgave	iv
Woord vooraf	viii
Inleiding	1
Literatuurstudie	4
Hoofdstuk 1. Seksueel overdraagbare aandoeningen	4
1.1 Omschrijving begrip SOA	4
1.2 Meest voorkomende SOA's.....	4
1.2.1 Chlamydia	4
1.2.2 HPV	6
1.2.3 Gonorroë.....	6
1.2.4 Syfilis	8
1.2.5 HIV.....	9
Hoofdstuk 2. Risicogedrag als oorzaak	9
2.1 Risicogedragingen	9
2.2 Condoomgebruik	10
2.3 Daling van de leeftijd bij eerste geslachtsgemeenschap.....	10
2.4 Aantal partners	11
2.5 Alcoholgebruik	11
2.6 Omgevingsinvloeden	12
Hoofdstuk 3. Screening door de huisarts of andere instanties.....	12
3.1 Het verloop van een SOA onderzoek	13
3.2 Barrières die huisartsen/gynaecologen ervaren	13
Hoofdstuk 4. Barrières die jongeren ervaren om zich te laten testen bij de huisarts en andere instanties	14
4.1 Nood aan dienstverlening op maat.....	14

4.2 Gebrek aan kennis.....	14
4.3 Psychosociale barrières.....	15
4.4 Fysieke barrières.....	16
4.5 Praktische barrières.....	16
Hoofdstuk 5. Zelftesten voor SOA's.....	16
5.1 Verschillende soorten staalafnames.....	16
5.2 Verschillende soorten zelftesten.....	17
5.2.1 Onmiddellijk resultaat of doe-het-zelftest.....	17
5.2.2 Resultaat via laboratorium.....	18
5.3 Modaliteiten.....	18
5.4 Voor- en nadelen van zelftesten.....	19
5.4.1 Voordelen van zelftesten.....	19
5.4.2 Nadelen van zelftesten.....	20
Objectieven.....	21
Methodologie.....	22
1. Onderzoeksdesign.....	22
2. Rekrutering.....	22
3. Beschrijving van de meetinstrumenten en materialen.....	23
4. Onderzoeksmethode.....	23
5. Ethische overwegingen.....	24
Resultaten.....	25
1. Kenmerken van de participanten.....	25
2. Kennis.....	26
2.1 Kennis over SOA's.....	26
2.2 Informatiebronnen.....	27
3. Risicogedrag.....	30

4. Barrières om te gaan naar de huisarts	32
4.1 Belang van in rekening brengen van de leeftijd	32
4.2 Barrières.....	32
4.3 Keuze voor de huisarts ondanks barrières	37
5. Eén van de mogelijkheden om de barrières te overkomen: zelftesten	38
5.1 Zelftest via het laboratorium of doe-het-zelftest.....	38
5.2 De voor- en nadelen van de invoering van zelftesten.....	39
5.2.1 Voordelen van de invoering van zelftesten	39
5.2.2 Nadelen van de invoering van zelftesten.....	42
5.3 De modaliteiten van zelftesten.....	45
5.3.1 Een kwaliteitslabel	46
5.3.2 Bekend maken bestaan zelftesten.....	46
5.3.3 Plaats van aanbieden en terug afleveren zelftesten	47
5.3.4 Inhoud pakket.....	50
5.3.5 Methodes van staalafnames.....	52
5.3.6 Ideale kostprijs	53
5.3.7 Aanpak bij positief resultaat.....	54
6. Andere mogelijkheden om barrières te overkomen.....	58
6.1 Informeren en preventie.....	58
6.2 Bespreekbaar maken onder vrienden/met ouders	59
6.3 Aanpak van de arts of keuze voor studentenarts/andere huisarts	59
6.4 De mogelijkheid bieden om zich gratis te laten testen of een terugbetaling te voorzien	61
6.5 Een specifiek jongerencentrum oprichten.....	61
Discussie.....	63
1. Verhouding van resultaten met de doelstelling van het onderzoek	63

2. Verschillen en overeenkomsten tussen literatuur en eigen onderzoek	63
2.1 Stijging van risicogedrag	63
2.2 Barrières om naar de huisarts te gaan	64
2.3 Zelftesten als mogelijkheid om de barrières te overkomen	65
2.3.1 Invoering van zelftesten	65
2.3.2 De modaliteiten van zelftesten	67
2.4 Andere mogelijkheden om de barrières te overkomen	69
3. Sterke en zwakke punten van het onderzoek	70
Conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek	72
Referenties	74
Bijlagen	ix
Bijlage 1: Verschillende pistes van rekrutering	ix
Bijlage 2: Bericht om jongeren te rekruteren	xxiii
Bijlage 3: Interviewgide voor focusgroepgesprekken met jongeren	xxv
Bijlage 4: Interviewgide voor studentenartsen	xxxv
Bijlage 5: Informatieblad en informed consent voor jongeren	xliv
Bijlage 6: Informatieblad en informed consent voor studentenartsen	xlvi

Woord vooraf

Deze masterproef zou niet tot stand gekomen zijn zonder de hulp van onderstaande personen. Ten eerste wil ik mijn promotor en co-promotor Kristien Michiels en Heleen Vermandere bedanken om me doorheen het hele proces bij te staan en mijn vragen te beantwoorden. Daarnaast wil ik hen bedanken om mijn werk telkens na te lezen en opmerkingen te geven waar nodig.

Ten tweede wil ik een aantal andere mensen bedanken die verscheidene keren mijn masterproef hebben nagelezen en opbouwende feedback hebben gegeven. Zo wil ik mijn schoonzus Ines, mijn vader en Laura bedanken om mijn masterproef na te lezen op vlak van spelling en inhoudelijke opmerkingen te maken waar mogelijk. Daarnaast wil ik Stijn bedanken om mijn literatuurstudie na te lezen vanuit zijn wetenschappelijke achtergrond. Naast bovenstaande personen wil ik David bedanken om me wegwijs te maken in NVivo 10. Zijn tips hebben me veel tijd bespaard in het coderen en analyseren van de verzamelde data. Daarenboven wil ik mijn ouders, broer en vrienden bedanken om mij moreel te steunen doorheen het volledige gebeuren.

Als laatste wil ik de participanten en studentenartsen nog eens bedanken voor hun tijd en inzet. Zonder hen was het niet mogelijk geweest deze masterproef tot stand te brengen. Ik ben er mij daarenboven van bewust dat het thema SOA's geen vanzelfsprekend thema is om over te spreken in groep en toch waren zij bereid dit te doen.

Inleiding

Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) kunnen omschreven worden als een verzameling van verscheidene klinische ziekten die veroorzaakt worden door pathogenen. Deze pathogenen worden voornamelijk verworven en doorgegeven via seksuele activiteit. De meest courante SOA's binnen de Europese populatie zijn: chlamydia, HPV, gonorrhoe, syfilis en HIV (De Cock, Jaffe & Curran, 2012; Fenton & Lowndes, 2004; Workowski & Berman, 2010).

SOA's vormen een bedreiging voor de volksgezondheid in Europa (Da Ros & Schmitt, 2008; Mabey, 2014; Markle, Conti & Kad, 2013). Hun negatieve impact op de volksgezondheid bestaat uit twee componenten. Enerzijds bevat het een fysieke component, namelijk de hoge morbiditeit die SOA's met zich kunnen meebrengen. Anderzijds is er de psychosociale component, namelijk de marginalisering van gemeenschappen en hogere vatbaarheid van bepaalde groepen (Fenton & Lowndes, 2004; Rowley, Toskin & Ndowa, 2012). Wereldwijd tonen prevalentiecijfers namelijk aan dat deze aandoeningen vooral voorkomen bij jongeren, vrouwen en mensen uit lagere socio-economische klassen (Bearinger, Sieving, Ferguson & Sharma, 2007; Dehne & Riedner, 2005; Fenton & Lowndes, 2004; Lui et al., 2015; Mabey, 2014; Markle, Conti & Kad, 2013).

Sinds midden jaren 90 worden daarenboven opnieuw meer SOA's gediagnosticeerd (Fenton & Lowndes, 2004; Verbrugge, Crucitti & Quoilin, 2012). Deze stijging centreert zich vooral bij jongvolwassenen (15-24 jaar), mannen die seks hebben met mannen (MSM) en inwoners van grootstedelijke gebieden. Mogelijke oorzaken voor de stijging van het aantal diagnoses zijn: de daling van de leeftijd bij de eerste geslachtsgemeenschap, de hogere leeftijd bij het krijgen van een eerste kind en de daling van het aantal huwelijken (Dehne & Riedner, 2005; Fenton & Lowndes, 2004). Deze factoren zorgen er namelijk voor dat de periode waarin sommige jongeren vaker wisselen van partner - een belangrijke determinant bij de overdracht van SOA's - uitgebreid wordt. De stijging kan ook te wijten zijn aan een toename van het aantal testen die worden uitgevoerd (Fenton & Lowndes, 2004; Markle, Conti & Kad, 2013; Verbrugge, Crucitti & Quoilin, 2013).

Buysse et al. (2013) geeft echter aan dat er, ondanks de stijging van het aantal testen die worden uitgevoerd, in Vlaanderen nog te weinig getest wordt op SOA's. Uit de Sexpert studie bij 1800 Vlamingen tussen 14 en 80 jaar, bleek dat slechts 13,10% van diegenen die al seks gehad hebben zich al eens liet testen. Vrouwen laten zich iets meer testen dan mannen (13,90% vs. 12,20%).

Uit onderzoek is daarnaast gebleken dat vooral jongvolwassenen tal van barrières ervaren die hen tegenhouden om zich te laten testen bij de huisarts, waaronder: schaamte, ongemak, de kost en onwetendheid. Dit heeft als gevolg dat veel infecties niet goed, te laat of zelfs niet behandeld worden (Dehne & Riedner, 2005; Haley, Maheux, Rivard & Gervais, 1999; Markle, Conti & Kad, 2013). Bovendien blijkt de huisarts niet altijd te weten hoe SOA-testen het best aangeboden kunnen worden. Barrières die artsen aangeven zijn: gebrek aan kennis en vaardigheden, het niet als hun taak zien om dit te doen, zich niet op zijn/haar gemak voelen om dit onderwerp te bespreken en te weinig tijd hebben (de Bakker, 2013; Goyal, Witt, Hayes, Zaoutis & Gerber, 2014).

In deze studie willen we nagaan hoe al deze barrières vermeden kunnen worden en of het invoeren van SOA-zelftesten een antwoord kan bieden op het feit dat jongeren zich vaak niet laten testen. Gezien het stijgende aantal SOA's bij jongeren, kozen we er voor om op deze doelgroep te focussen. Bovendien is er voldoende evidentie die aantoont dat de klassieke aanpak rond preventie en behandeling van SOA's, onvoldoende toegespitst is op de leefwereld van jongeren (Dehne & Riedner, 2005; Idele et al., 2014). Verder zullen studentenartsen in dit onderzoek betrokken worden, om ook hun visie op SOA-zelftesten te bevragen.

De centrale vraag in dit onderzoek luidt als volgt: Zijn SOA-zelftesten een aanvaardbaar alternatief voor het huidige SOA-testaanbod voor jongeren en zo ja, wat zijn noodzakelijke randvoorwaarden? Deze onderzoeksvraag kan tevens verder onderverdeeld worden in volgende deelvragen: (1) Wat is de kennis van jongeren omtrent SOA's, het zich laten testen op SOA's en SOA-zelftesten? (2) Wat zijn de barrières en wat kan aanzetten om zich te laten testen? (3) Welke voordelen en nadelen zijn er verbonden aan zelftesten? (4) Is een SOA-zelftest een aanvaardbaar alternatief voor de arts en waarom? (5) Wat zijn de voorkeuren en voorwaarden die nodig zijn om zelftesten voor SOA's aan te bieden? (6) Zijn er nog andere zaken die jongeren kunnen motiveren om zich te laten testen zoals bijvoorbeeld: een week om jongeren bewust te maken van de problematiek, voorlichtingscampagnes en het meer aan bod laten komen van SOA's in de media?

De masterproef bestaat uit 4 delen. In het eerste deel wordt aan de hand van literatuur een beeld geschetst van SOA's, SOA-testen bij jongeren en SOA-zelftesten in andere landen. Dit geeft al een zicht op de verschillende zaken die spelen bij SOA-(zelf-)testen en welke mogelijkheden er zijn op

vlak van organisatie. Daarnaast worden uit de literatuur ervaringen gehaald omtrent het werken met zelftesten. De huidige verkrijgbaarheid van zelftesten komt ook aan bod. In het tweede deel wordt de methodologie toegelicht van het eigenlijke onderzoek. Binnen dit deel wordt dieper ingegaan op de gekozen onderzoekspopulatie, -strategie, -en methode. Het derde deel bestaat uit de resultaten die verkregen werden uit het onderzoek, namelijk door het uitvoeren van de focusgroepinterviews met jongeren en studentenartsen. In het vierde deel, de discussie, worden de resultaten dan gekoppeld aan hetgeen beschreven werd in de literatuurstudie. Als laatste wordt er stilgestaan bij een aantal conclusies, sterktes en zwaktes van het onderzoek en aanbevelingen voor praktijk en verder onderzoek.

Literatuurstudie

Hoofdstuk 1. Seksueel overdraagbare aandoeningen

1.1 Omschrijving begrip SOA

Seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) zijn infecties die hoofdzakelijk verspreid worden via seksueel contact. Sommige SOA's kunnen echter overgedragen worden van moeder op kind of via bloed of weefsel. In wat volgt, wordt enkel ingegaan op SOA's die vaak bij jongeren worden gediagnosticeerd. Zoals reeds vermeld, werd de keuze voor jongvolwassen gemaakt omdat de leeftijdscategorieën met de hoogste incidentie de 20 tot 24 jarigen zijn, gevolgd door de 15 tot 19 jarigen (Dehne & Riedner, 2005; World Health Organization [WHO], 2015).

Zo blijkt dat, ondanks het feit dat jongeren slechts 25% van de seksueel actieve bevolking uitmaken, toch 50% van de nieuwe SOA's bij jongeren gediagnosticeerd worden. Daarenboven is er de laatste jaren een stijging merkbaar van het aantal gerapporteerde SOA's bij jongeren (Da Ross & Smitt, 2008; Dehne & Riedner, 2005; Panchaud, Singh, Feivelson & Darroch, 2000; Sensoa, 2013; WHO, 2015).

1.2 Meest voorkomende SOA's

Globaal gezien zijn de meest voorkomende SOA's bij jongvolwassenen: chlamydia, HPV, gonorrhoe, syfilis en HIV/AIDS. Deze kunnen onderverdeeld worden in geneesbare en niet geneesbare SOA's. Onder de eerste categorie, die veroorzaakt worden door bacteriën of protozoa, behoren chlamydia, gonorrhoe en syfilis. Onder de tweede categorie, veroorzaakt door virussen, vallen HPV en HIV/AIDS (Dehne & Riedner, 2005; Diclemente & Crosby, 2006; Mabey, 2014; Markle, Conti & Kad, 2013). De prevalentiecijfers voor de onderzoeken uit Europa en België die gebruikt worden in wat volgt, handelen over de algemene bevolking. In de onderzoeken wordt echter aangegeven dat de incidentie het hoogst is bij jongeren tussen 15 en 24 jaar (Spiteri, 2014; Verbrugge et al., 2014).

1.2.1 Chlamydia

Situering

Chlamydia is de meest gerapporteerde SOA binnen Europa (Spiteri, 2014). In Gent was er in 2013 sprake van 90 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners, wat merkkelijk hoger is dan het gemiddelde in België (44 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners). Net zoals in de rest van Europa is er in België een stijgende trend merkbaar waarbij vrouwen een hogere kans hebben om chlamydia op te lopen

dan mannen. De incidentie bij vrouwen is 57 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners ten opzichte van 30 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners bij mannen (Verbrugge et al., 2014).

Chlamydia wordt veroorzaakt door een bacterie, *Chlamydia trachomatis*. Deze bacterie kan voor infecties aan de baarmoedermond, de binnenwand van de baarmoeder, de urineleider of de endeldarm zorgen. Als gevolg van deze infectie kunnen op termijn fertiliteitsproblemen ontstaan of kan er een buitenbaarmoederlijke zwangerschap optreden. Daarnaast lopen diegenen die besmet worden met chlamydia meer risico op een HIV-besmetting. Dit terwijl de inname van antibiotica al voldoende is om deze aandoening te behandelen (Black, 1997; Stamm, 1999; Stephens et al., 1998).

Symptomen

Mogelijke symptomen bij vrouwen zijn: een branderig gevoel bij het plassen, meer of andere afscheiding uit geslachtsorganen, tussentijds bloedverlies, bloedverlies tijdens het vrijen en buikpijn. Bij mannen kunnen de symptomen een doorschijnende tot witachtigere afscheiding, een branderig gevoel bij het plassen en een ongemakkelijk gevoel bij de zaadlozing zijn. Bij overdracht door anale seks kan er zowel bij vrouwen als bij mannen sprake zijn van anale slijmafscheiding, anaal bloedverlies en pijnlijke ontlasting. Deze SOA is echter vaak asymptomatisch (Black, 1997; Markle, Conti & Kad, 2013). Het aantal gevallen waarbij geen symptomen worden waargenomen kan oplopen tot 80% (Dehne & Riedner, 2005).

Diagnose

Om vast te stellen of iemand deze SOA heeft opgelopen, worden verschillende technieken gebruikt. Bij vrouwen gebeurt dit door middel van een uitstrijkje van de vagina, urinebuis, anus of keel, afhankelijk van de plaats waar de bacterie zich genesteld heeft. Bij mannen wordt een urinestaal van de ochtendurine of urethra-uitstrijk (een uitstrijkje van de urinebuis) afgenomen. Deze testen worden bij voorkeur drie weken na risicovol seksueel contact afgenomen of meteen indien er symptomen zijn. Wanneer de test meteen wordt uitgevoerd en negatief is, dient deze herhaald te worden na drie weken (Markle, Conti & Kad, 2013; Van Bergen et al., 2013).

1.2.2 HPV

Situering

Bij jongeren zijn de meest voorkomende types van het humaan papillomavirus (HPV), HPV 6 en 11, deze kunnen genitale wratten veroorzaken. Wereldwijd is dit de meest voorkomende virale infectie: jaarlijks zijn er 100 tot 200 nieuwe gevallen van genitale wratten per 100 000 inwoners (Manhart & Koutsky, 2002; Patel, Wagner, Singhal & Kothari, 2013). Andere types van HPV kunnen afwijkingen van de baarmoederhals veroorzaken, waaronder baarmoederhalskanker. Bij de huidige behandelingen van genitale wratten is het tevens vaak zo dat de wratten na verloop van tijd terug keren (Manhart & Koutsky, 2002; Patel, Wagner, Singhal & Kothari, 2013; Wiley et al.; 2002).

Symptomen

In de meeste gevallen zijn er geen symptomen aanwezig na besmetting met dit virus, maar afhankelijk van de grootte en de plaats kan er wel sprake zijn van pijn of jeuk. Na besmetting met HPV 6 of 11 kunnen er na twee tot twaalf maanden genitale wratten ontstaan. Indien deze wratten niet op tijd worden behandeld, is er in zeldzame gevallen een risico op het ontstaan van baarmoederhalskanker (Munoz et al., 2003; Patel, Wagner, Singhal & Kothari, 2013; Workowski & Berman, 2010; Wiley et al., 2002).

Diagnose

Het vaststellen van genitale wratten kan gebeuren door een lichamelijk onderzoek. Het detecteren van asymptomatische HPV 6 of 11 bij vrouwen kan gebeuren via een uitstrijkje. Genitale wratten die asymptomatisch zijn, worden bij vrouwen vaak opgemerkt bij een routinebezoek bij de gynaecoloog of bij een bezoek aan de huisarts. Bij mannen is de data wat betreft de prevalentie van genitale wratten echter beperkt, doordat zij zich meestal enkel door een specialist laten onderzoeken wanneer de symptomen effectief optreden (Markle, Conti & Kad, 2013; Patel, Wagner, Singhal & Kothari, 2013; Workowski & Berman, 2010).

1.2.3 Gonorroe

Situering

Gonorroe kent een stijgende trend binnen Europa (Spiteri, 2014). In Gent werden er in 2013, 13 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners geregistreerd. Dit is vergelijkbaar met het Belgische

gemiddelde, namelijk 15 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners. Het aantal diagnoses van gonorrhoe ligt, net zoals in de rest van Europa, hoger bij mannen dan bij vrouwen. De incidentie bij mannen is 14 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners ten opzichte van vier nieuwe gevallen per 100 000 inwoners bij vrouwen (Verbrugge et al., 2014).

Gonorrhoe of druiper wordt veroorzaakt door een bacterie, *Neisseria gonorrhoeae*, die zich in de urineleider nestelt. Ten gevolge van deze bacterie ontstaat er een infectie die vaak gepaard gaat met een geelgroene afscheiding. Bij vrouwen kunnen er fertiliteitsproblemen en buitenbaarmoederlijke zwangerschappen optreden. Deze aandoening kan normaalgezien verholpen worden met antibiotica. De laatste jaren treedt er echter steeds vaker resistentie op tegen antibiotica wat de behandeling moeilijker maakt aangezien combinatietherapie, waarbij meerdere behandelingen gecombineerd worden, noodzakelijk is in deze gevallen (Workowski & Berman, 2010; van de Laar, Beuker, Rijlaarsdam & van Duynhoven, 2000; Verbrugge, Crucitti & Qouilin, 2013).

Symptomen

Mogelijke symptomen bij mannen zijn: een geelgroene afscheiding en een branderig gevoel bij het plassen. Vrouwen hebben vaak geen duidelijke symptomen. Mogelijke symptomen zijn tussentijds bloedverlies, vaginale afscheiding van slijm en etter, pijn tijdens het plassen en/of vrijen en buikpijn. Bij de overdracht door anale seks zijn mogelijke symptomen etter- of bloedverlies uit de aars (Curran et al., 1974; Markle, Conti & Kad, 2013; van de Laar, Beuker, Rijlaarsdam & van Duynhoven, 2000).

Diagnose

Mogelijke screeningstechnieken zijn: het afnemen van een uitstrijkje van de vagina, de urinebuis, het rectum of de keel en het afnemen van een urinestaal. Deze testen worden bij voorkeur drie weken na risicovol seksueel contact afgenomen of meteen indien er symptomen zijn. Wanneer de test meteen wordt uitgevoerd en negatief is, dient deze herhaald te worden na drie weken (Markle, Conti & Kad, 2013; Mayor, Roett & Uduhiri, 2012; Van Bergen et al., 2013; Workowski & Berman, 2010).

1.2.4 Syfilis

Situering

Binnen Europa is er de laatste jaren een dalende trend. Er is wel een stijging merkbaar bij MSM ouder dan 25 jaar (Spiteri, 2014). In België is er daarentegen een stijgende trend. In Gent werden er in 2013 15 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners geregistreerd. Dit is meer dan het Belgische gemiddelde, namelijk negen nieuwe gevallen per 100 000 inwoners. Hierbij hebben mannen een grotere kans om syfilis op te lopen dan vrouwen. De incidentie bij mannen is 15 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners ten opzichte van drie nieuwe gevallen per 100 000 inwoners bij vrouwen (Verbrugge et al., 2014).

Syfilis wordt veroorzaakt door een bacterie, *Troponema pallidum*. Deze nestelt zich op de huid rond geslachtsdelen, borsten, anus en mond of keel. Deze aandoening kan gemakkelijk behandeld worden met het antibioticum penicilline (Markle, Conti & Kad, 2013; Workowski & Berman, 2010).

Symptomen

Deze aandoening doorloopt drie stadia met typische symptomen. In het eerste stadium verschijnt er op de plaats van de besmetting een pijnloze zweer met een harde rand of bodem en treedt er een zwelling van de lymfeklieren op. Het tweede stadium wordt gekenmerkt door huiduitslag op de zolen van de voet en de palmen van de hand. Daarnaast kan men last krijgen van koorts, hoofdpijn en pijn in de botten. In het laatste stadium verdwijnen de symptomen. Op termijn kunnen er echter beschadigingen ontstaan aan het centraal zenuwstelsel of het hart en de bloedvaten (Markle, Conti & Kad, 2013; Verbrugge, Crucitti & Qouilin, 2013; Workowski & Berman, 2010).

Diagnose

Door een bloedonderzoek kan men bepalen of iemand syfilis heeft. Deze test wordt bij voorkeur drie maanden na risicovol seksueel contact afgenomen of meteen indien er symptomen zijn. Wanneer de test meteen wordt uitgevoerd en negatief is, dient deze herhaald te worden na drie maanden (Goldstein & Gupta, 2014; Van Bergen et al., 2013; Workowski & Berman, 2010).

1.2.5 HIV

Situering

In België werden er in 2011 10 nieuwe gevallen per 100 000 inwoners geregistreerd. Dit is meer dan het Europese gemiddelde, namelijk zeven nieuwe gevallen per 100 000 inwoners. Het aantal mensen dat gediagnosticeerd wordt met HIV neemt ieder jaar toe, waarbij mannen een grotere kans hebben dan vrouwen. De man/vrouw-ratio is namelijk 2,1. De nieuwe besmettingen zijn hoofdzakelijk bij MSM en Afrikaanse migranten (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] & WHO, 2013; Mabey, 2014; Sasse, Deblonde & Van Beckhoven, 2013).

Het Humaan Immunodeficiëntie Virus (HIV) is een virus die het natuurlijk afweermecanisme beschadigd wat leidt tot AIDS, *acquired immune deficiency syndrome*. AIDS houdt in dat het lichaam zich op termijn niet meer kan beschermen tegen infecties en sommige kankers. Uiteindelijk leidt dit tot de dood. Het verloop van HIV is afhankelijk van het aantal CD4-cellen, die de immuun status bepalen. De overgang van HIV naar AIDS bedraagt gemiddeld 11 jaar. Hierbij komt dat vroege diagnose van belang is voor de behandeling en dus het uitstellen van de ontwikkeling van AIDS (Fraser, Hrubá, Quinton & Albu, 2013; Workowski & Berman, 2010)

Symptomen

Er zijn niet altijd duidelijke symptomen. Een aantal zaken zoals gezwollen lymfeklieren, terugkerende diarree, huiduitslag, koorts, keelpijn, griepachtige symptomen, hoofdpijn en algemene gewrichtspijnen kunnen wel een indicatie zijn (Sudarshi et al., 2007).

Diagnose

Via een bloedonderzoek wordt nagegaan of er sprake is van HIV. Deze test wordt bij voorkeur drie maanden na risicovol seksueel contact afgenomen of meteen indien er symptomen zijn. Wanneer de test meteen wordt uitgevoerd en negatief is, dient deze herhaald te worden na drie maanden (Lyss et al., 2007; Van Bergen et al., 2013; Workowski & Berman, 2010).

Hoofdstuk 2. Risicogedrag als oorzaak

2.1 Risicogedragingen

Risicogedragingen, gedragingen die het risico op een besmetting met een SOA vergroten, verhogen de kans dat een jongere een SOA oploopt. Concreet wordt in verscheidene Amerikaanse onderzoeken aangehaald dat de daling van de leeftijd van de eerste geslachtsgemeenschap, het

hebben van meerdere partners, het inconsistent gebruik van condooms, alcoholgebruik en omgevingsinvloeden risicogedragingen zijn die verband kunnen houden met SOA's (Bearinger, Sieving, Ferguson & Sharma, 2007; Buysse et al., 2013; Cook & Clark, 2005; Epstein, Bailey, Manhart, Hill & Hawkins, 2014; Fenton & Lowndes, 2004; Widman, Noar, Choukas-Bradley & Francis, 2014).

2.2 Condoomgebruik

De meerderheid van de jongeren vertoont inconsistent gebruik van een condoom bij de geslachtsgemeenschap waardoor er een verhoogd risico ontstaat op het oplopen van SOA's (Guillaume, 2014; Orr, Langefeld, Katz & Caine, 1996; Widman, Noar, Choukas-Bradley & Francis, 2014). Mannen en vrouwen halen verschillende redenen aan voor inconsistent condoomgebruik. Hierbij geven Richard & Van der Pligt (1991) aan dat er bij adolescenten een verschil is tussen een vaste relatie en een casuele relatie. Naarmate men meer seks heeft in een monogame relatie vermindert het condoomgebruik terwijl dit vaak niet het geval is bij casuele relaties (Chakrpani, Newman, Shunmugam & Dubrow, 2010; Pendergast, DuRant & Gaillard, 1992). Bij mannen blijkt het gebruik van een condoom af te hangen van het vertrouwen dat men heeft in het correcte gebruik van condooms en de graad waarin men het een moeilijke opdracht vindt om dit te doen. Redenen die vrouwen aanhaalden om geen gebruik te maken van een condoom zijn: het zich niet verantwoordelijk voelen voor seksualiteit, het niet voorbereid zijn bij het plaatsvinden van geslachtsgemeenschap, het zich minder comfortabel voelen met seksuele zaken en het gevoel hebben dat mannen de controle hebben bij geslachtsgemeenschap. Een reden die beide geslachten aanhalen om geen condoom te gebruiken, is dat het getuigd van een gebrek aan vertrouwen en dit speelt zowel bij casuele als bij vaste partners (Taylor et al., 2007). Vrouwen blijken veilig vrijen wel belangrijker te vinden dan mannen (Bryan, Aiken & West, 1997; Comer & Nemeroff, 2000; Pendergrast, DuRant & Gaillard, 1992; Taylor et al., 2007).

2.3 Daling van de leeftijd bij eerste geslachtsgemeenschap

Verschillende onderzoeken tonen aan dat jongeren steeds vroeger starten met geslachtsgemeenschap (Lui et al., 2015; Symons, Van Houtte & Vermeersch, 2013). Bij jongeren uit Amerika die geboren werden in de jaren 50 in vergelijking met jongeren die geboren werden in de jaren 80, daalde de gemiddelde leeftijd van 18 naar 16 bij vrouwen en van 17 naar 16 bij mannen

(Lui et al., 2015). Symons, Van Houtte & Vermeersch (2013) bevestigen deze bevindingen voor Vlaanderen. Er wordt daarentegen wel aangegeven dat er de laatste jaren in Vlaanderen sprake is van een stabilisatie.

De daling van de leeftijd waarop men voor het eerst geslachtsgemeenschap heeft, verhoogt de kans op SOA's, zwangerschappen en het hebben van seks onder invloed van alcohol of andere middelen bij jongeren (Epstein, Bailey, Manhart, Hill & Hawkins, 2014; Kaestle, Halpern, Miller & Ford, 2005; Lui et al., 2015). Hierbij is het volgens Epstein, Bailey, Manhart, Hill & Hawkins (2014) echter zo dat het hebben van geslachtsgemeenschap op een vroege leeftijd een indicatie is van ander risicovol gedrag wat dan op zijn beurt zorgt voor de verhoogde kans op SOA's. Er zijn volgens hen dus andere factoren zoals omgevingsinvloeden, het aantal verschillende partners en inconsistent condoomgebruik die aan de basis liggen van de toename van het aantal SOA's.

2.4 Aantal partners

Een daling van de leeftijd waarop jongeren geslachtsgemeenschap hebben, wordt vaak gelinkt aan het aantal verschillende partners dat men heeft (Epstein, Bailey, Manhart, Hill & Hawkins, 2014; Lui et al., 2015). Dit is bijgevolg ook een risicofactor voor het oplopen van een SOA (Aral, Soskoline, Joesoef & O'Reilly, 1991; Lui et al., 2015). Het aantal verschillende partners waarmee jongeren geslachtsgemeenschap hebben, is daarenboven de laatste jaren toegenomen. In een Amerikaans onderzoek van Lui et al. (2015) werd een gemiddelde stijging van twee naar vijf partners bij vrouwen en van zeven naar negen partners bij mannen waargenomen, en dit bij jongeren geboren in een tijdspanne van 1950 tot 1980. Bovenstaande cijfers geven dus aan dat mannen over het algemeen meer verschillende partners rapporteren dan vrouwen. Uit onderzoek dat in 2013 werd uitgevoerd in Vlaanderen komen gelijkaardige cijfers naar voren namelijk bij vrouwen gemiddeld 5,1 en bij mannen gemiddeld 9,4 (Beel, 2013). Mogelijke verklaringen voor deze evolutie zijn: de daling van het aantal huwelijken, de stijging van de leeftijd waarop men trouwt en de toename van het aantal scheidingen. Daarnaast wordt geslachtsgemeenschap niet meer gekoppeld aan het huwelijk (Aral & Ward, 2005; Fenton & Lowndes, 2004).

2.5 Alcoholgebruik

Jongeren consumeren regelmatig alcohol. Dit is onrechtstreeks een risicofactor voor SOA's omdat alcoholgebruik vaak gelinkt wordt aan probleemgedrag. Indien jongeren onder invloed zijn, is de

kans namelijk kleiner dat jongeren een condoom gebruiken bij seksuele contacten (Cook & Clark, 2005; Fortenberry, 1998; Labrie, Earleywine, Schiffman, Pedersen & Marriot, 2005). Alcoholgebruik kan daarnaast geassocieerd worden met ander risicovol gedrag zoals: het hebben van meerdere partners en een jongere leeftijd waarop men start met seksuele activiteiten (Fortenberry, 1998).

2.6 Omgevingsinvloeden

De ontwikkeling van de jongere is belangrijk voor het tegengaan van antisociaal gedrag dat aan de basis kan liggen van risicovolle gedragingen op seksueel vlak, zoals onveilig vrijen. Een goede ontwikkeling gaat samen met een positieve en verzorgende omgeving. Belangrijke actoren hierbij zijn: ouders, familie, school, peers en de buurt. Een review toont aan dat ouderlijk toezicht – zoals monitoring, ondersteuning en communicatie over seks - er voor zorgt dat de kans dat jongeren betrokken geraken in antisociaal gedrag, geringer is (Diclemente, Crosby & Salazar, 2006; Epstein, Bailey, Manhart & Hawkins, 2014; Whitaker, Miller & Clark, 2000). Bovendien kan ouderlijke invloed er voor zorgen dat de jongere later start met geslachtsgemeenschap en dit op een veilige manier doet (Whitaker, Miller, May & Levin, 1999). De school en buurt kunnen hierbij ook een invloed uitoefenen door pro-sociale normen en waarden aan te moedigen. Daarenboven kan armoede, desorganisatie en de gepercipieerde stabiliteit van de buurt gelinkt zijn met risicovol gedrag. Hierbij blijken ook de peers een grote invloed te hebben. Zo kan antisociaal gedrag uitgelokt worden door omgang met antisociale vrienden. Daarnaast zijn jongeren geneigd om vroeger geslachtsgemeenschap te hebben als hun vrienden hier vroeg mee starten. De mate waarin jongeren zich laten leiden door hun peers is wel afhankelijk van hun impulsiviteit (Epstein, Bailey, Manhart, Hill & Hawkins, 2014; Whitaker, Miller & Clark, 2000).

Hoofdstuk 3. Screening door de huisarts of andere instanties

In wat volgt zal eerst kort geschetst worden hoe een standaard SOA consult verloopt. Daarna wordt dieper ingegaan op welke barrières artsen en gynaecologen mogelijks ervaren om jongeren te screenen op SOA's. Het is belangrijk om hierbij stil te staan omdat het bezoek aan de huisarts of gynaecoloog de ideale gelegenheid kan zijn om seksueel gedrag en seksuele gezondheid te bespreken met jongeren.

3.1 Het verloop van een SOA onderzoek

Indien jongeren een SOA-test laten uitvoeren, zal de arts idealiter eerst een aantal vragen stellen om het risico dat de jongere mogelijks heeft gelopen in te schatten en om te bepalen welke tests eventueel nodig zouden zijn. Daarna voert de arts een lichamenlijk onderzoek uit naar zichtbare zaken zoals blaasjes, zweertjes, wratjes of andere symptomen. Dan pas neemt de arts een test af. Staalafnames gebeuren via een wisser en/of het afnemen van een bloed- of urinestaal. Deze worden dan naderhand opgestuurd naar het laboratorium. De resultaten worden vervolgens, meestal na een week, terug naar de arts gestuurd waarna deze worden meegedeeld aan de jongere. Indien blijkt dat een test positief was, zal de arts een behandeling starten. Daarnaast zal de arts informatie geven over de aandoening, de besmettelijkheid en zal er gevraagd worden aan de jongere om sekspartner(s) in te lichten. De jongere moet de kost van de consultatie en het laboratorium betalen. Het laboratorium rekent ongeveer 2,50 euro per test die dient te gebeuren (Bovijn, Avonts, van Middeltem, Terry & Ghillebert, 2010; van Bergen et al., 2013; Sensoa, 2015).

3.2 Barrières die huisartsen/gynaecologen ervaren

Artsen en gynaecologen geven aan dat het voor hen niet altijd evident is om te spreken over seksuele gezondheid met jongeren. De algemene check-up bij een huisarts of gynaecoloog kan echter de ideale gelegenheid zijn om het seksuele gedrag van jongeren te bespreken en SOA-testen uit te voeren indien uit het gesprek blijkt dat de jongere een risico heeft gelopen. Dit wordt vaak te weinig gedaan door huisartsen en gynaecologen doordat er verscheidene barrières worden ervaren (Goyal, Witt, Hayes, Zaoutis & Gerber, 2014; Haley, Maheux, Rivard & Gervais, 1999; Verbrugge et al., 2014). Mogelijke psychosociale barrières zijn: het niet willen lastig vallen van hun patiënten, het ongepast vinden om het thema aan te halen, moeite hebben met het vinden van de juiste woorden en het niet vinden dat het hun taak is dit te doen. Daarnaast wordt vaak het gebrek aan vaardigheden en kennis opgegeven. Als laatste zijn er nog enkele praktische barrières: gebrek aan tijd, taalbarrières, het feit dat het vaak het eerste contact is met een patiënt, etnische verschillen en de aanwezigheid van partner of moeder (Bovijn, Avonts, van Middeltem, Terry & Ghillebert, 2010; Dalewyn, 2013; de Bakker, 2013; Goldenberg, Shoveller, Koehoorn & Ostry, 2008; Hocking, Parker, Pavlin, Fairley & Gunn, 2008).

Uit onderzoek bleek reeds dat een aantal zaken zoals educatie, feedback van de onderzoeker en het regelmatig opfrissen van de praktijkrichtlijn huisartsen en gynaecologen kunnen helpen bij het

actief opsporen van SOA's (Bovijn, Avonts, van Middeltem, Terry & Ghillebert, 2010; Verbrugge et al.; 2014).

Hoofdstuk 4. Barrières die jongeren ervaren om zich te laten testen bij de huisarts en andere instanties

4.1 Nood aan dienstverlening op maat

Jongeren hebben nood aan adequate en toegankelijke diensten om SOA's op te sporen en te behandelen. Dit is nu niet altijd het geval doordat jongeren wereldwijd minder bereikt worden door de huidige systemen. Daarnaast heerst er rond seks binnen de maatschappij meestal geheimhouding terwijl educatie en communicatie juist belangrijk blijken te zijn (Dehne & Riedner, 2005; Whitaker, Miller & Clark, 2000). Zoals reeds bleek uit de risicogedragingen die vaak eigen zijn aan de adolescentie zijn jongeren daarenboven een kwetsbare groep voor SOA's. Dit alles maakt dat het belangrijk is om na te gaan welke barrières, die er voor zorgen dat ze zich niet laten testen, er nu eventueel heersen bij jongeren zodat hier op kan ingespeeld worden.

4.2 Gebrek aan kennis

Het zich niet laten testen gaat vaak gepaard met een gebrek aan kennis (Blake, Kearney, Oakes, Druker & Bibace, 2003; Kellerman et al., 2002). Daarenboven wordt aangegeven dat dit mogelijk is aan een beperkte toegang tot informatie. Het is namelijk niet altijd makkelijk voor jongeren om openlijk vragen te stellen rond seksualiteit en seksuele gezondheid. Daarnaast is het niet evident voor ouders om hierover te praten. Hierdoor ontbreekt kennis rond de mogelijke risico's, symptomen, plaatsen waar men zich kan laten testen, wat de test juist inhoudt en wat de mogelijke behandelingsprocedures zijn (Canin, Dolcini & Adler, 1999; Dehne & Riedner, 2005; Goldenberg, Shoveller, Koehoorn & Ostry 2008; Kellerman et al., 2002).

Enkel kennis bijbrengen is echter niet voldoende. Zo zien mensen die zich niet laten testen vaak wel het belang in van een behandeling voor SOA's. Daarnaast kan men zichzelf als niet-vatbaar beschouwen voor SOA's, ongeacht het beschikken over de juiste kennis. Dit komt doordat er veel onwetendheid heerst over mogelijke risicofactoren en –situaties om een SOA op te lopen. Dit blijkt vooral voor te komen bij jongeren die weinig seksuele ervaring hebben. Een andere mogelijke reden is dat men zichzelf als uitzondering ziet en er dus vanuit gaat dat men geen gevaar loopt in tegenstelling tot anderen. Deze cognitie komt zowel voor bij jongeren met als zonder seksuele

ervaring. Lage risicoperceptie voor SOA's is daarentegen wel uitgesprokener bij jongeren die een vaste relatie hebben (Canin, Dolcini & Adler, 1999; De blonde et al., 2010; de Wit & Adam, 2008; Kellerman et al., 2002). Een bijkomende moeilijkheid hierbij is dat veel SOA's asymptomatisch zijn of geen uitgesproken symptomen hebben. Dit kan maken dat jongeren in zo'n gevallen zich niet bewust zijn van het belang van screening (Dehne en Riedner, 2005; Crosby, Yarber & Meyerson, 1999; Tilson et al., 2004).

4.3 Psychosociale barrières

Een eerste soort psychosociale barrières die jongeren aanhalen omtrent SOA-testen betreft het taboe en de schaamte die vaak gepaard gaat met SOA's. Afhankelijk van de lokale sociale normen die heersen omtrent jongeren en seksualiteit kan het taboe meer of minder op de voorgrond treden (Fortenberry et al., 2002; Shoveller, Koehoorn & Ostry, 2008). Hiermee samenhangend zijn jongeren vaak bang om gelabeld te worden wanneer ze zich zouden laten testen. Labelen hoort bij stigma en houdt in dat de jongere wordt gelinkt aan negatieve karakteristieken. Als reactie op stigma kan dan schaamte ontstaan, wat inhoudt dat men het gevoel heeft gefaald te hebben en dat dit hun eigen schuld is. Het kunnen gezien worden door anderen als jongeren zich laten testen kan zo bijvoorbeeld een drempel zijn (Brunnekreef, 2012; Fortenberry et al., 2002; Kellerman et al., 2002; Shoveller, Koehoorn & Ostry, 2008).

Daarnaast vrezen jongeren voor de stereotypering en het oordeel van zorgverleners. Het geslacht van de zorgverlener wordt hierbij soms ook aangegeven als mogelijke barrière (Brunnekreef, 2012; Fortenberry et al., 2002; de Wit & Adam, 2008; Kellerman et al., 2002; Shoveller, Koehoorn & Ostry, 2008). Hiermee samenhangend blijkt ook de onzekerheid over de anonimiteit en vertrouwelijkheid van een SOA-test een drempel te zijn. Jongeren zijn namelijk bang dat hun ouders het te weten zullen komen. In realiteit komen ouders dit meestal niet te weten, maar door de verwarring bij jongeren wordt daar wel vaak van uit gegaan (Carter, Hart-Cooper, Butler, Workowski & Hoover, 2014; Goldenberg, Shoveller, Koehoorn & Ostry, 2008; Hock-Long, Herceg-Baron, Cassidy & Whittaker, 2003; Lichtenstein, 2003, Tilson et al., 2004).

Jongeren geven naast angst voor de reactie van anderen aan dat ze bang zijn voor een mogelijks positieve uitslag of voor het laten uitvoeren van de test zelf (Brunnekreef, 2012; de Wit & Adam, 2008; Kellerman et al., 2002).

4.4 Fysieke barrières

Mannen geven aan dat de modaliteit van de test, namelijk een wisser in de urinebuis, een barrière is om zich te laten testen (Brunnekreef, 2012; Tilson et al., 2004). Ook vrouwen geven soms aan dat pijn een barrière kan vormen voor het laten nemen van een uitstrijkje (Brunnekreef, 2012; Hoyo et al., 2005; Tebb, Paukku, Pai-Dhungat, Gyamfi & Shafer, 2004). Daarnaast blijken sommigen schrik te hebben voor een bloedafname of voor andere ongemakken tijdens het onderzoek (Blake, Kearney, Oakes, Druker & Bibace, 2003; Kellerman et al., 2002; Peralta, Deeds, Hipszer & Ghalib, 2007; Wiesenfeld et al., 2000).

4.5 Praktische barrières

Praktische barrières hebben meestal te maken met een gebrek aan transport en/of tijd. De karakteristieken van de gezondheidsvoorzieningen zijn bijgevolg van cruciaal belang. Niet voor de hand liggende openingsuren, lange wachttijden en de locatie van de voorziening kunnen een drempel vormen. De locatie kan immers verplaatsingsmoeilijkheden met zich meebrengen, vooral bij jongeren die afgelegen wonen aangezien men dan vaak afhankelijk is van anderen of van het openbaar vervoer (Crosby, Yarber & Meyerson, 1999; Dehne & Riedner, 2005; Goldenberg, Shoveller, Koehoorn & Ostry, 2008; Mimiaga et al., 2009, Tilson et al., 2004). Een andere praktische barrière die soms wordt aangegeven, is de financiële kost die gepaard gaat met SOA screening en behandeling (Crosby, Yarber & Meyerson, 1999; Dehne & Riedner, 2005; Hock-Long, Herceg-Baron, Cassidy & Whittaker, 2003, Tilson et al., 2004).

Hoofdstuk 5. Zelftesten voor SOA's

Als mogelijkheid om de barrières die jongeren ervaren bij de huisarts te overkomen, worden zelftesten voor SOA's nader bekeken. Hierbij zal vooral nagegaan worden wat nu reeds voor handen is en wat de modaliteiten zijn van zo'n tests. Daarnaast zullen de voor- en nadelen die uit verschillende onderzoeken reeds naar voor komen, worden aangehaald.

5.1 Verschillende soorten staalafnames

Afhankelijk van de SOA is er sprake van een andere soort staalafname. De verschillende mogelijkheden zijn: het gebruik van een wisser in de vagina, urinebuis, anus of mond; een bloedstaal of een urinestaal. Concreet houdt een de test met wisser in dat een staafje enkele centimeters wordt ingebracht en dat dit verschillende keren wordt rondgedraaid binnen de vagina,

urinebuis, anus of mond om het daarna in een bedekte buis te steken. Deze test wordt gebruikt voor chlamydia, gonorroe of HPV.

De urinestaal houdt in dat ongeveer 25ml urine verzameld wordt in een plasticen potje. Voor een goed resultaat is het hierbij aangeraden om niet te plassen gedurende de twee uur voorafgaand aan het nemen van de staal. Zowel chlamydia en gonorroe kunnen op deze manier gedetecteerd worden. De laatste soort staalafname, een bloedstaal, kan gebeuren door een vingerprik. Deze test wordt gebruikt voor HIV en syfilis (Brosius, 2012; Johnson et al., 2002; Schachter et al., 2003; Sensoa, 2015; Serlin et al., 2002).

Omtrent zelftesten voor chlamydia en gonorroe blijkt uit Amerikaans onderzoek dat jongeren eerst kiezen voor een urinestaal en dan pas voor het gebruik van een wisser. Het is daarentegen zo dat de resultaten van een uitstrijkje betrouwbaarder zijn dan van een urinestaal (Johnson et al. 2002; Serlin et al., 2002; Schachter et al., 2005; Tebb, Pauku, Pai-Dhungat, Gyamfi & Shafer, 2004).

5.2 Verschillende soorten zelftesten

Uit de meeste onderzoeken blijkt dat het aanbieden van zelftesten het testgedrag bij jongeren kan verhogen (Carballo-Diéguez, Frasca, Balan, Ibitoye, & Dolezal, 2012; Cook & Clark, 2005; Dzuba et al., 2002; Tebb, Pauku, Pai-Dhungat, Gyamfi & Shafer, 2004; Tucker, Bien & Peeling, 2013; Wiesenfeld et al., 2000). Zelftesten passen dan ook binnen het huidige klimaat. In de Westerse wereld wordt sinds de medicalisering namelijk steeds meer de nadruk gelegd op 'verantwoordelijkheid nemen voor de eigen gezondheid' (Devisch, 2013; Pars & van Bergen, 2013). Daarnaast zijn er op technisch vlak steeds meer mogelijkheden. Zo kan het resultaat bij sommige testen al afgelezen worden van een teststrookje of een elektrisch apparaat. Verder is een druppel bloed nu al voldoende terwijl men vroeger nog enkele milliliters nodig had vooraleer men na kon gaan of een jongere al dan niet een SOA had opgelopen (Pars & van Bergen, 2013). In België is er momenteel echter nog geen duidelijke regelgeving omtrent SOA-zelftesten. Ze zijn ook nog niet verkrijgbaar in winkels, apothekers en dergelijke (Sensoa, 2015).

5.2.1 Onmiddellijk resultaat of doe-het-zelftest

Testen waarvan het resultaat onmiddellijk kan worden afgelezen, worden door de jongere thuis afgenomen en naderhand door de jongere zelf geïnterpreteerd. Deze tests zijn vaak nog erg onbetrouwbaar. De kwaliteit van de tests die bijvoorbeeld online worden aangeboden is namelijk

moeilijk te achterhalen. In de nabije toekomst zou er in België wel een HIV doe-het-zelftest met CE label, die de kwaliteit er van garandeerd, op de markt komen (Carballo-Diéguez, Frasca, Balan, Ibitoye & Dolezal, 2012; Pars & van Bergen, 2013; Sensoa, 2015; Tucker, Bien & Peeling, 2013).

5.2.2 Resultaat via laboratorium

Testen die via het laboratorium gaan, worden door de jongere thuis afgenomen maar worden naderhand geanalyseerd in een laboratorium. Het laboratorium deelt daarna het resultaat mee aan de jongere. Deze testen zijn nu nog vaak betrouwbaarder dan doe-het-zelftesten doordat de stalen in het laboratorium met professionele apparatuur worden geanalyseerd. Uit onderzoek is daarnaast al gebleken dat er hierbij geen verschil is tussen stalen die zelf werden afgenomen of door een gezondheidsmedewerker (Pars & van Bergen, 2013; Serlin et al., 2002).

5.3 Modaliteiten

De huidige tests die reeds verkrijgbaar zijn op de Nederlandse of Amerikaanse markt worden verspreid via internet, apotheken, winkels of ziekenhuizen. De testen die in het laboratorium worden verwerkt, worden momenteel hoofdzakelijk via de post opgestuurd. De resultaten kunnen naderhand dan telefonisch of via e-mail aan de jongere meegegeven worden. Bij sommige tests ligt het initiatief tot opvragen van de resultaten bij de jongere zelf (Pars & van Bergen, 2013; Tucker, Bien & Peeling, 2013).

Verschillende onderzoeken gaven reeds aan dat het bij het aanbieden van zelftesten vooral belangrijk is dat er geïllustreerde instructies aanwezig zijn bij de tests. Dit zou gebruiksvriendelijker zijn. Nu wordt daarentegen vaak slechts gebrekkig informatie verstrekt en is de begeleiding en nazorg miniem. Om dit tegen te gaan, is het van belang dat er een goede samenwerking is tussen ziekenhuizen en diensten die worden aangeboden buiten de ziekenhuissetting. Bij SOA-zelftesten die positief zijn, is het namelijk cruciaal dat het resultaat bevestigd kan worden en dat er behandeling, counseling en follow-up kan worden voorzien (Cook & Clark, 2005; Serlin et al., 2002, Tucker, Bien & Peeling, 2013; Wayal et al., 2009).

Daarnaast bleek reeds dat het essentieel is dat de prijs van de SOA-testen niet te hoog is. Een onderzoek in de Verenigde Staten toonde aan dat men maximum 15 dollar wil betalen voor een test. Over het algemeen bleek ook dat testen die gratis werden aangeboden meer werden gebruikt. Het gratis aanbieden van tests bleek daarentegen soms nefast te werken doordat jongeren zich dan

vragen stelden bij de kwaliteit van de tests (Blake, Kearney, Oakes, Druker & Bibace, 2003; Carballo-Diéguez, Frasca, Balan, Ibitoye & Dolezal, 2012; Dehne & Riedner, 2005; Wright & Katz, 2006).

Bijkomende factoren die door jongeren uit de Bijzondere Jeugdzorg in Amerika werden aangehaald die van belang kunnen zijn, waren: het bekend maken van het bestaan van de testen en de plaats van aanbieden. Het bekend maken van de mogelijkheid van zelftesten voor SOA's kan volgens hen best gebeuren via reclame op televisie, tijdschriften voor jongeren, populaire programma's voor jongeren, aankondigingen bij opera's en sportevenementen, discussies tijdens lessen rond seksuele opvoeding, het organiseren van een festival of feest rond deze thematiek, het promoten op een nationale gezondheidsdag, een show in een winkelcentrum of folders en affiches in jongerencentra. Voor de plaats van aanbieden ging de voorkeur van de jongeren uit naar plaatsen waar anderen hen niet konden zien. Ziekenhuizen en scholen waren volgens hen geen goede locaties. Jongeren zouden eerder opteren voor publieke plaatsen zoals bijvoorbeeld een kerk, wasserette, een bibliotheek of een bioscoop. Mannelijke jongeren zouden ook opteren voor het aanbieden van de testen bij de huisarts terwijl vrouwen dit meestal niet als optie aangaven. Voorstellen om testen, die nog via het laboratorium gaan, af te leveren waren: via een drop box, het afgeven aan de huisarts, het laten op pikken door een gezondheidswerker en opsturen naar de huisarts of het laboratorium (Blake, Kearney, Oakes, Druker & Bibace, 2003).

5.4 Voor- en nadelen van zelftesten

5.4.1 Voordelen van zelftesten

De meeste onderzoeken halen als voordelen aan dat zelftesten minder pijnlijk en comfortabeler zijn, er een grotere garantie op privacy en anonimiteit is en dat ze makkelijk uit te voeren zijn. Verder hebben gebruikers ook het gevoel dat ze meer controle hebben over de test. Ook ervaren ze vaak minder of geen schaamte of stigma (Carballo-Diéguez, Frasca, Balan, Ibitoye & Dolezal, 2012; Cook & Clark, 2005 ; Dzuba et al., 2002; Llewellyn, Pollard, Smith & Fisher, 2009; Serlin et al., 2002; Tebb, Pauku, Pai-Dhungat, Gyamfi & Shafer, 2004; Tucker, Bien & Peeling, 2013; Wiesenfeld et al., 2000; Wright & Katz, 2006).

Een ander voordeel dat af en toe wordt aangehaald, is dat jongeren bij zelftests geen schrik hoeven te hebben dat men ook gecontroleerd zal worden op drugs (Blake, Kearney, Oakes, Druker & Bibace, 2003; Wiesenfeld et al., 2000).

Daarenboven kunnen jongeren zichzelf ook vaker tussen de bezoeken aan de arts of gynaecoloog door eens testen op SOA's, wat het aantal testen en dus de kans op opsporing van een SOA verhoogt (Wayal et al., 2009; Wiesenfeld et al., 2000).

Op vlak van modaliteiten worden voordelen als geen wachttijden, geen verplaatsingsmoeilijkheden en financiële beperkingen vermeld (Cook & Clark, 2005; Llewellyn, Pollard, Smith & Fisher, 2009; Tucker, Bien & Peeling, 2013; Wayal et al., 2009; Wright & Katz, 2006).

Uit een onderzoek van Carballo-Diéguez, Frasca, Balan, Ibitoye & Dolezal (2012) die specifiek over zelftesten voor HIV ging, kwam naar voor dat zelftesten kunnen gebruikt worden om mogelijke partners op voorhand te screenen vooraleer men met hen seks heeft. Dit verlaagt de kans op besmetting.

5.4.2 Nadelen van zelftesten

De meeste onderzoeken halen voor het gebruik van zelftesten gelijkaardige nadelen aan. Nadelen die naar voor komen zijn: de zelftesten zijn minder betrouwbaar en accuraat, er is een verhoogde kans op een vals-positief resultaat, een test kan een gevoel van ongemak oproepen en er kan onzekerheid heersen rond de uitvoering. Daarnaast wordt aangegeven dat er vaardigheden nodig zijn om de test uit te voeren en eventueel ook om de test goed te interpreteren. De face-to-face instructies van en interactie met de arts ontbreken hierbij ook. Als de test positief blijkt, moet men daarenboven nog een standaardtest uitvoeren als bevestiging (Hurt & Powers, 2014; Johnson et al., 2002; Kahn et al., 2005; Llewellyn, Pollard, Smith & Fisher, 2009; Owens et al., 2010; Serlin et al., 2002; Tucker, Bien & Peeling, 2013; Wayal et al., 2009; Wright & Katz, 2006).

Uit onderzoek die over zelftesten voor HIV handelde, kwam naar voor dat testen die gehanteerd worden voordat men seks heeft met een partner mogelijks een vals-negatief resultaat kunnen opleveren doordat men rekening moet houden met de incubatietijd. Een ander nadeel dat hiermee samenhangt, is dat sommigen daardoor juist sneller zonder condoom zullen vrijen als een test negatief blijkt te zijn en dus meer risico's nemen dan vóór de beschikbaarheid van zelftesten (Carballo-Diéguez, Frasca, Balan, Ibitoye & Dolezal, 2012; Hurt & Powers, 2014; Walensky & Paltlel, 2006).

Objectieven

In België bestaat er nog weinig onderzoek omtrent SOA-zelftesten bij jongeren. Het doel van het onderzoek was dan ook om de barrières van het zich laten testen op SOA's bij de huisarts te identificeren en de aanvaardbaarheid na te gaan van SOA-zelftesten bij Gentse jongeren. Dit door zowel het standpunt van jongeren als het standpunt van studentenartsen in rekening te brengen. Het was de bedoeling om beide standpunten samen te leggen om zo een vollediger beeld te krijgen.

Bij jongeren werd nagegaan wat de huidige barrières waren om zich te laten testen op SOA's, of zij een zelftest voor SOA's zouden aanvaarden en wat zij dan zouden zien als voor- en nadelen. Daarnaast werd met dit onderzoek nagegaan onder welke modaliteiten jongeren SOA-zelftesten zouden gebruiken. Concreet werd gepolst welke SOA-zelftesten jongeren het meest gebruiksvriendelijk vinden, hoe SOA zelftests best kunnen verspreid worden, hoe de resultaten van zo'n test meegedeeld kunnen worden en welke de vervolgstappen zijn die gezet kunnen worden indien de test positief is. Hiermee samenhangend werd bekeken wat jongeren eventueel als andere mogelijke alternatieven zien om het aantal SOA's terug te dringen.

Als deelaspect werd bij de jongeren nagegaan welke kennis ze hebben omtrent SOA's en de mogelijke instanties waar ze terecht kunnen. Dit kan namelijk bepalend zijn voor het al dan niet zetten van de stap om zich te laten onderzoeken.

Net zoals bij jongeren was het bij studentenartsen de bedoeling om te kijken of zij zelftests voor SOA's een meerwaarde zouden vinden. Hierbij werd nagegaan wat zij zien als mogelijke voor- en nadelen en/of – en onder welke voorwaarden - zij het verspreiden van zelftests verantwoord zouden vinden.

Methodologie

In dit stuk wordt dieper ingegaan op het verloop van het onderzoek en de gebruikte methoden. Eerst werd de literatuur omtrent het thema nader bekeken. Daarna werd een kwalitatief onderzoek uitgevoerd aan de hand van focusgroeps gesprekken met jongeren en met studentenartsen. In wat volgt, komen het onderzoeksdesign, de rekruteringsstrategie, de beschrijving van de meetinstrumenten en materialen, de onderzoeksmethode en de ethische overwegingen aan bod.

1. Onderzoeksdesign

Er werd een prospectief exploratief kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Deze keuze werd gemaakt om meer in de diepte op zaken in te kunnen gaan. Het was niet de bedoeling om te veralgemenen, maar eerder om de visies en ervaringen van jongeren en studentenartsen in beeld te brengen rond SOA's en SOA-(zelf)testen. Daarenboven werd gekozen voor focusgroep gesprekken omdat dit rijkere data oplevert dan diepte interviews. Daarnaast was het gezien het thema interessanter om te werken met focusgroep gesprekken zodat jongeren op elkaar konden reageren en elkaar konden aanvullen. Een deel van de groepen werd opgesplitst qua geslacht doordat jongeren in een gemengde groep mogelijk minder open zijn door de aanwezigheid van het andere geslacht.

2. Rekrutering

Er werden vooral Gentse studenten gerekruteerd omdat zij qua leeftijd binnen de groep vallen die kwetsbaar zijn om een SOA op te lopen. Hierbij werden enkel jongeren gerekruteerd tussen 18 en 24 jaar. De verschillende rekruteringspistes die gebruikt werden, zijn terug te vinden in bijlage 1. Zoals naar voren komt uit deze bijlage werd er via sociale media, via e-mail en via affiches gerekruteerd. Via sociale media werd een rekruteringsbericht (zie bijlage 2) gepost in verscheidene groepen en werden vrienden gemotiveerd om het bericht te posten op hun facebookpagina.

Daarnaast werden er zowel mannen als vrouwen vanuit verschillende studierichtingen geselecteerd om een verscheidenheid aan participanten te includeren (zie tabel 1). Het was de bedoeling om bij de focusgroepen tot saturatie te komen.

Tabel 1: Verdeling van de focusgroepgesprekken

FGD met meisjes	FGD met jongens	FGD 'gemengd'
2	2	2

Naast studenten werden er studentenartsen binnen Gent via e-mail gerekruteerd.

3. Beschrijving van de meetinstrumenten en materialen

Als basis voor de focusgroepgesprekken met jongeren werd een interviewgide (zie bijlage 3) opgesteld. Thema's die aan bod kwamen zijn: kennis van SOA's en het testen op SOA's, barrières die worden ervaren bij de huisarts, intentie voor het gebruik van zelftesten, voorkeuren en voorwaarden voor het aanbieden van SOA-zelftesten en andere mogelijkheden om de barrières te overkomen. Per vraag werden een aantal probes uitgewerkt, gebaseerd op de literatuurstudie. Ook voor de focusgroepgesprekken met artsen (zie bijlage 4) werd een interviewgide met probes opgesteld waarin volgende onderwerpen aan bod kwamen: ervaring met SOA's in de praktijk, barrières die jongeren kunnen ervaren om zich te laten testen, kennis van en eventuele ervaring met SOA-zelftesten, hun attitude met betrekking tot SOA-zelftesten, voorkeuren en voorwaarden voor SOA-zelftesten en andere mogelijkheden om de barrières te overkomen. Om de gesprekken op te nemen, werd daarenboven gebruik gemaakt van een recorder. De data werd naderhand verwerkt via NVivo 10.

4. Onderzoeksmethode

Via focusgroepinterviews bij Gentse jongeren en bij studentenartsen werden de barrières voor SOA-testen en de aanvaardbaarheid van SOA-zelftesten geëxploreerd. De gesprekken werden opgenomen. Aan de hand van deze audio werden de gesprekken daarna uitgeschreven om dan verder te geanalyseerd te worden in NVivo 10. In NVivo 10 werden verschillende codes toegekend aan stukken tekst om de interviews naderhand verder te analyseren. De codes werden bekomen via vrije associatie. Naderhand werd de codeboom naast de interviewgide gelegd om na te gaan of alles uit de interview terug te vinden was in de structuur van de codeboom. Nadat alle interviews gecodeerd waren, werd de uiteindelijke codeboom gebruikt om alle voorgaande interviews nog eens te overlopen. Op deze manier werd nagegaan of er nog stukken tekst uit de eerdere interviews

konden geplaatst worden onder de later gevormde codes. Daarna werd de data geanalyseerd om te komen tot de resultaten.

5. Ethische overwegingen

Eerst en vooral werd aan de hand van een protocol een ethische goedkeuring verworven voor de masterproef. Aan alle participanten (jongeren en studentenartsen) werd daarnaast een informed consent voorgelegd (zie bijlage 5 en 6). Hierbij werd het doel van het onderzoek en het verloop van het focusgroepinterview in verstaanbare taal toegelicht. Daarna werd nagegaan of de participanten de gegeven informatie begrepen en of er nog vragen waren. Daarnaast werd meegegeven dat het gesprek werd opgenomen en dat de participanten op ieder moment in het onderzoek hun deelname konden stopzetten. De deelname diende ook vrijwillig te gebeuren. Er moest dus op gelet worden dat er geen sprake was van druk van buitenaf.

Tijdens het onderzoek werd er aandacht gegeven aan het feit dat alles anoniem en vertrouwelijk gebeurde. Zo werd meegegeven dat de promotor en co-promotor toegang hebben tot de gegevens die tijdens het onderzoek verzameld werden. Hierbij werd de anonimiteit behouden door de identiteit van de participanten niet te vermelden.

Na het focusgroepinterview werd er ruimte ingelast voor debriefing. Participanten kregen zo de mogelijkheid om vragen te stellen. Daarnaast werden de resultaten na de afronding van het onderzoek via e-mail meegedeeld aan de participanten.

Resultaten

1. Kenmerken van de participanten

De meeste participanten werden bereikt via sociale media en via e-mail. De affiches, die op verscheidene campussen werden opgehangen, leverden geen participanten op.

Er vonden twee focusgroepgesprekken plaats met enkel vrouwen en twee met enkel mannen. Daarnaast vonden er nog twee gemengde focusgroepgesprekken plaats. Na zes gesprekken werd saturatie bereikt. Zoals uit tabel 2 blijkt, waren alle leeftijden vertegenwoordigd in de gesprekken. De meerderheid van de deelnemers bevonden zich in de leeftijdsklasse van 22 tot 24 jaar. Eén participant, die 25 jaar was, viel buiten de leeftijdsklasse. Er werd besloten hem toch op te nemen aangezien hij nog studeerde en zich dus nog in de leefwereld van jongeren bevond.

Tabel 2: Leeftijdsverdeling

Leeftijd	18	19	20	21	22	23	24	25
Aantal	3	3	4	2	11	6	5	1

Zoals uit tabel 3 naar voor komt, studeerde de meerderheid van de participanten en dit aan de universiteit of hogeschool. Daarnaast zaten enkele participanten nog in het middelbaar en waren er enkelen die reeds werkten.

Tabel 3: Verdeling naar studierichting

Universiteit	18
Hogeschool	9
Middelbaar	3
Werken	5

Zoals uit tabel 4 naar voor komt, was de verdeling qua nog thuis wonen en op kot zitten bijna evenredig.

Tabel 4: Verdeling van op kot zitten ten op zichte van thuis wonen

Op kot	19
Thuis	16

De studentenartsen waren voornamelijk vrouwen. Er nam slechts één man deel aan het focusgroepgesprek. Er waren daarnaast artsen van verschillende leeftijden vertegenwoordigd in het gesprek.

2. Kennis

In dit hoofdstuk wordt eerst kort ingegaan op de kennis die jongeren momenteel hebben over SOA's en welke visie jongeren zelf hebben over hun kennis. Daarna wordt een opsomming gegeven van de voornaamste informatiebronnen en welke bronnen jongeren prefereerden.

2.1 Kennis over SOA's

Uit de focusgroepgesprekken met jongeren bleek dat de kennis over SOA's sterk individueel verschillend was. De meeste jongeren konden een SOA definiëren, wisten wat de meest voorkomende SOA's waren en gaven aan dat condoomgebruik belangrijk is om SOA's te voorkomen. Het definiëren hield over het algemeen in dat men wist waarvoor de afkorting staat. Enkelingen vermeldden dat er een verschil is tussen virale en bacteriële SOA's en dat er incubatietijden zijn. Slechts één iemand gaf aan dat onder seksueel contact zowel vaginale, orale als anale betrekkingen vallen. Hieromtrent kunnen er echter geen conclusies getrokken worden aangezien dit niet expliciet werd bevraagd in de interviews. Volgens de studentenartsen zien jongeren wel vaak enkel vaginale seks als seksueel contact. Zij gaven ook aan dat het niet evident is om uit te leggen aan jongeren wat de betekenis is van incubatietijd.

“Zij noemen seksueel contact enkel coïtus” (studentenartsen, 7 mei)

De SOA's die over het algemeen gekend waren, zijn: chlamydia, HIV, syfilis en gonorrhoe. In twee groepsgesprekken werd syfilis echter niet vernoemd. Gonorrhoe en HIV werden ook niet altijd aangehaald. Andere SOA's die soms naar voor kwamen, waren: herpes, hepatitis B, schaamluizen en genitale wratten. Aandoeningen die verkeerdelijk werden aangehaald als SOA's waren schurft en schimmels. Als laatste kwam in ieder interview condoomgebruik en onthouding naar voor als mogelijkheid om SOA's te voorkomen.

Zelf gaven jongeren aan dat ze wel een basiskennis hebben over SOA's. Uit de interviews kwam daarentegen naar voor dat de belangrijkste leemtes in kennis gaan over het niet weten hoe je een SOA kan herkennen, het niet weten dat SOA's asymptomatisch kunnen verlopen, weinig kennis hebben omtrent de mogelijke gevolgen en het niet weten hoe SOA's worden behandeld.

“Het is te zien hoe dat je het bekijkt hé voldoende kennis als in ze kennen: gelijk wat zijn de meest voorkomende, we kunnen ze voorkomen, de vragen die je al gesteld hebt ok ja maar al de rest” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

“Sowieso denk ik dat jongeren niet genoeg kennis hebben over SOA's om echt er iets te kunnen aan doen of ja. Want ik weet ook dat er SOA's zijn die geen symptomen of zo goed als geen symptomen zijn maar als je het dus niet weet.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

2.2 Informatiebronnen

De informatie die jongeren bezaten, werd voornamelijk verkregen via school. In middelbare scholen kwam het thema aan bod in biologie, godsdienst of zedenleer. De nadruk in scholen lag hierbij meestal eerder op seksuele voorlichting.

“Maar bij ons, ik heb op de [naam school] gezeten en daar was dat wel echt. Je moest dat studeren van SOA's wat dat dat allemaal inhield, voorbehoedsmiddelen en bla bla bla want je moest dat echt studeren en je kreeg daar echt een examen over. Dat vind ik dan wel goed dat je dat echt moet studeren want dan ga je het ook niet zo rap vergeten.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

“Bij ons was dat [seksuele voorlichting] het enige. Je had zo nooit de leuke voordelen van vrijen en een relatie hebben maar dat is toch altijd: en je kan dat oplopen, en je kan dat oplopen, en je kan dat oplopen, en je kan oplopen, en dat kan zo eindigen, en dat kan zo eindigen, dat kan zo eindigen, onvruchtbaar, dood, kijk en die mens neemt nu zoveel medicatie omdat hij aids heeft. Zo'n voorlichting hadden wij en een banaan en daar rond een condoom dat was het.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

Enkelingen zagen niets op school omtrent het thema. De informatie die zij bezaten, hadden ze gehaald van vrienden of kennissen of het internet. Ook diegenen die de informatie voornamelijk verkregen uit de lessen die werden gegeven op school, maakten gebruik van internet om zaken op te zoeken. Zij wezen er wel op dat het internet gevaarlijk kan zijn, want in plaats van gerustgesteld te zijn, kan internet het omgekeerde teweeg brengen doordat sommige zaken mogelijk overdreven worden.

“Van dat voldoende kennis van het school. Ik heb daar nooit iets over gezien daarmee dat mijn kennis daarover ook zo... ” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

“Wat is dat een SOA? Als ik iets wil weten of je weet het niet precies zo, google zo.

(...)

Nooit symptomen beginnen googlen want anders ...” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

Over het algemeen werd er echter weinig gecommuniceerd over SOA's. Vooral de communicatie met ouders omtrent zo'n thema bleek niet vanzelfsprekend. Enkele jongeren die een goede band hebben met hun ouders konden wel openlijk praten over SOA's. De meeste jongeren communiceerden daarentegen niet over zo'n thema met hun ouders omwille van het taboe dat nog altijd aanwezig is. Sommige ouders gaven bijvoorbeeld enkel de boodschap dat ze voorzichtig moeten zijn. Jongeren zeiden wel dat het belangrijk kan zijn dat dit wel ter sprake zou kunnen komen. Eén participant was daarentegen vooral bang om zijn ouders teleur te stellen als hij zou moeten vertellen dat hij een SOA heeft opgelopen doordat hij hun goede raad dan niet opvolgde veeleer dan dat hij niet over SOA's in het algemeen durft praten met zijn ouders. Daarenboven vond één iemand het een meerwaarde dat haar oudere zussen haar goede raad gaven omtrent SOA's.

“Ja in mijn omgeving is dat wel zo. Wij praten daar vrij los over maar ik weet dat dat bij heel veel gezinnen en vrienden wel taboe is maar ja.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

“En ook ja inderdaad dat kan gewoon zijn dat je daarover spreekt met uw ouders maar ik denk nu persoonlijk niet dat mijn ouders daar ook al veel informatie over hebben allé...”

(Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

Onder vrienden werd er meer gesproken over SOA's maar dit was afhankelijk van het geslacht. De meeste mannelijke participanten praatten met vrienden niet over SOA's terwijl verschillende vrouwelijke participanten dit wel deden.

“Ah bij ons wel allé dat wordt wel gezegd van het is weer tijd hé. Het is weer een jaar geleden. Ik ga mij nog eens laten testen. Allé ja bij ons wordt dat wel gezegd en dat is inderdaad voor sommigen dan van ja oei ja misschien want ik heb dat nog nooit gedaan, moet dat?” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

Middelbaar onderwijs bleef volgens jongeren wel het beste medium om informatie te verspreiden omdat bijna iedereen op deze manier bereikt kan worden. Herhaling en het verder zetten van de informatievoorziening aan de hogeschool/universiteit was hierbij van belang. Nu verdween de voorlichting volgens hen namelijk na het middelbaar onderwijs. Mogelijkheden om het thema meer in de verf te zetten op universiteiten en hogescholen die participanten aangaven, waren: het uithangen van affiches op campussen, het lanceren van acties of het koppelen van de informatievoorziening aan evenementen of festivals. Daarnaast diende er een andere aanpak gehanteerd te worden in informatieverspreiding over SOA's in het middelbaar zelf. Zaken die de informatievoorziening kunnen verbeteren waren: een organisatie van buitenaf de les laten geven, seksuele voorlichting loskoppelen van bestaande lessen zoals biologie, het standaardiseren van informatie en het houden van groepsgesprekken omtrent SOA's. Het voordeel van het inzetten van een organisatie van buitenaf was dat die sprekers openlijker kunnen praten over de thematiek dan leerkrachten. Daarnaast was het standaardiseren van informatie belangrijk aangezien sommige participanten aangaven dat SOA's bij hen op school niet aan bod kwamen.

“Allé in het middelbaar krijg je daar les over en zie je dat overal verschijnen waar dat je wilt en dan kom je op unief en daar bestaan die gelijk niet meer. Dan wordt het gelijk verwacht van u zelf van... Ik weet ook niet hoe dat je dat in godsnaam in de unief kan in

passen of zo maar dat is, dat staat gewoon niet, opeens verdwijnt dat gewoon”
(Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

“Het [seksuele opvoeding] valt ja een beetje te vroeg nu misschien en er zit geen herhaling in.” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

“Ik vind zelf, ik heb... Op mijn middelbare school is er iemand geweest van een organisatie die, maar dat was dan seksuele voorlichting, voor uitleg daarover heeft gegeven. Het ging niet over SOA's maar echt over alles rond seksuele voorlichting en ook wel voorbehoedsmiddelen en over zwangerschappen en dat was zo een jonge vrouw die was mega open eerlijk ook over haarzelf wat dat ze al allemaal allé dingen dat ze al had uitgestoken enzo en dat vind ik vond ik een goede manier omdat leerkrachten dat niet rap gaan doen op school omdat ze daar ook nog een heel jaar les moeten geven en anders als de helft van de klas zo zijn seksleven al heeft allé... ” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

“Ewel dat is de eerste, dat zeggen en dat ze overal in iedere school exact hetzelfde ongeveer doen. Niet van je mag dat zelf inkleden. Ik denk dat het een beetje te belangrijk is om om meer aandacht te geven aan dat of meer aandacht aan dat, dat ze gewoon duidelijk hetzelfde en dat dat ook raadpleegbaar is en dat ze niet zo zeggen van kijk op die site kun je een keer dat gaan doen maar dat ze eigenlijk effectief gow desnoods iets meegeven aan die leerlingen ofzo dat ze iets in hun handen hebben. Dat ze niet moeten beginnen te zoeken. Niet dat dat moeilijk is maar het is nog altijd een onderwerp dat redelijk taboegeladen is he.”
(Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

3. Risicogedrag

Kennis bleek echter niet voldoende. Volgens studentenartsen was er namelijk minder condoomgebruik onder heteroseksuelen dan vroeger terwijl jongeren weten dat het condoom beschermt tegen SOA's. Als reden hiervoor werd het onder invloed van alcohol zijn of het feit dat emoties het winnen van verstand opgegeven. Een andere reden die studentenartsen hiervoor gaven,

was dat de huidige jongeren niet zo geconfronteerd werden met de gevolgen van HIV doordat deze SOA nu onder controle gehouden kan worden.

“En ik denk dat het daarom ook is dat al die voorlichting ook soms gewoon helemaal faliekant mislukt omdat mensen op dat moment ja er helemaal niet aan denken. Ze zijn bezig met vrijen en dan gebeurt er van alles.

Ja of op een feestje zijn waar ze te veel gedronken” (Studentenartsen, 7 mei)

In de focusgroepgesprekken met jongeren kwamen hiervoor ook enkele mogelijke redenen naar voor: dat er een verschil is tussen het horen of lezen van informatie en er op het moment zelf effectief naar handelen, het niet fijn vinden om een condoom te gebruiken, het vertrouwen van vriend(in) in een vaste relatie, vrouwelijke respondenten die aangeven dat mannen geen initiatief nemen tot het gebruik van een condoom, het linken van condoomgebruik aan niet zwanger worden en de kostprijs van condooms.

“Ik denk dat dat vooral vaak achteraf is dat dan zo eventjes die gedachte naar boven komt maar ik denk ook op het moment zelf... Ik weet dat niet. Allé ik weet dat niet of je dan op het moment zelf... Ik denk dat het dan ook op het moment zelf het eerste is zeker niet zien dat je zwanger bent en dat maar echt zo aan SOA 's.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

“Ja gewoon inderdaad dat taboe en ook meer aanzetten tot gewoon het gebruik van een condoom hé. Heel simpel maar hoeveel jongeren ja: dat is niet fijn, dat is niet fijn, het is leuker zonder, ja maja het altijd leuker zonder maja je hebt dan maar een SOA juij. Allé zo zeker als je jong bent en je gaat dan eens weg en je scharrelt daar den één of den anderen op. Ik weet dat niet zu. Ik zou toch liever ietske alle minder fun hebben en meer beschermd dan dat je ezo ja.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

4. Barrières om te gaan naar de huisarts

In dit hoofdstuk worden de barrières besproken die jongeren ervaren om zich te laten testen op SOA's bij de huisarts. Eerst wordt dieper ingegaan op het belang van het in rekening brengen van de leeftijd bij de barrières.

4.1 Belang van in rekening brengen van de leeftijd

Doorheen de verschillende interviews werd er op gewezen dat het op vlak van barrières belangrijk is om de leeftijd van de jongere in rekening te brengen. Jongeren rond de leeftijd van 14 tot 16 jaar zouden volgens de participanten niet weten wat doen als ze een SOA zouden hebben. Volgens hen zouden jongeren van die leeftijd gewoon panikeren en zouden ze niet naar de huisarts gaan omdat zij op die leeftijd vaak nog niet alleen naar de huisarts gaan. De barrières spelen daarentegen minder bij de participanten aangezien zij ouder waren. Zij zouden vaak wel de stap zetten naar de huisarts. Barrières kunnen dus anders ervaren worden afhankelijk van de leeftijd.

“Maar ja dan nog als je 14 bent, ga je niet naar de huisarts...”

Ga je niet naar een huisarts gaan ja.

Ik zou ook, moest ik een SOA op mijn 14^e hebben, zou ik dat gewoon verbergen” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

“Ja vanaf als je echt in de hogeschool zit ofzo en je gaat op kot dan kun je wel zo'n zelf naar de dokter beginnen gaan maar daarvoor niet.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

4.2 Barrières

De barrières om niet naar de huisarts te gaan, waren: taboe, schaamte en angst voor stigmatisering; angst voor de reactie van anderen; het ontbreken van symptomen of ze verdringen; onwetendheid en onvoldoende informatie; pijn en fysiek ongemak en praktische barrières.

Het taboe rond SOA's, dat nog steeds aanwezig is, bleef nog altijd de grootste barrière en kwam dan ook veelvuldig aan bod in de verschillende interviews. Deze barrière hing deels samen met de angst voor de reactie van anderen. Naast het taboe speelde de angst voor stigmatisering en schaamte

omtrekt het zich moeten blootstellen aan de arts tijdens het onderzoek en het feit dat men risicovol gedrag heeft gesteld een rol.

“Het is geen taboe tot dat je echt één hebt. En als je het weet en dan is het zo van iedere keer dat er dan van SOA gebabbeld wordt.” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

“Ik denk, ik weet ook niet hoe goed dat is om die vraag hier te stellen want het feit dat we hier allemaal zitten, is het feit dat we allemaal al bereid zijn om daarover te praten en dat die taboe al een beetje minder is. Wij zijn al een deel van de samenleving dat er al durft over te praten en zie ons hier open praten. Dus ik denk dat voor ons een huisarts geen drempel meer is maar voor andere mensen misschien wel.” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

“Bij een aantal mensen is de schroom er van zich ja daar genitaal moet blootstellen. Maar wel dat het via een arts gaat.” (Studentenartsen, 7 mei)

Op vlak van angst voor reactie van anderen kwam uit de interviews naar voor dat de aanpak van huisartsen/gynaecologen niet altijd motiverend werkte en dat de reactie van ouders ook vaak een drempel kon zijn. Sommige artsen waren moraliserend doordat ze bijvoorbeeld meteen wezen op het belang van veilig vrijen, te snel polsten naar risicofactoren of soms aangaven dat SOA's enkel voorkomen bij mensen uit lagere sociale klassen. Om de mogelijke vernedering bij de huisarts te vermijden, zetten jongeren bijgevolg de stap niet naar de huisarts.

“Maar zo ja katholieke scholen of soms ook dokters zijn soms zo heel allé ik weet dat mijn vorige dokter ook zo was van allé SOA's dat komt echt voor bij mensen allé zo marginalen en zo. Dat was zogezegd een visie daarop allé dat je echt denkt van allé” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

Jongeren waren, ondanks het beroepsgeheim van artsen, bang dat hun ouders het via hen te weten zouden kunnen komen doordat ze dezelfde huisarts hebben. Daarnaast waren jongeren bang dat hun ouders het zouden ontdekken doordat de resultaten van het laboratorium meestal naar hen thuis

worden gestuurd. Als je dan ouders hebt die de post openen, kan het inderdaad gebeuren dat ouders het te weten komen. Jongeren vreesden vooral dat ouders bijvoorbeeld de reactie zouden hebben van ‘wat heb jij uitgestoken’. In de realiteit was dit niet noodzakelijk het geval. Zo gaf een participant aan dat zij zich had laten testen en was geschrokken van de positieve reactie van haar ouders. Zij vonden dat het juist getuigde van verantwoordelijkheidszin.

“Nu heb je dat bijvoorbeeld ook als je een bloedtest laat doen bij de dokter allé je brief van het labo komt toe bij de dokter maar ze komt dan ook nog een keer een kopie thuis toe. En van mij is dat nu allé voorgevallen. Ik had dat eigenlijk anoniem, zonder dat mijn ouders dat wisten, een bloedtest gaan laten doen en twee weken er na kom ik thuis en die enveloppe ligt open op de tafel en ze allé ze vroegen zich af waarom heb je in vredesnaam laten u bloed testen?” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

“Maar eigenlijk was ik aangenaam verrast en zei mijn mama ook van kijk dat toont dat je verantwoordelijk bent en dat je wil dat alles in orde is dus ik vind dat knap van u dat je dat gedaan hebt, dus ik denk dat ok ja dat is dan misschien een sprong dat je moet wagen en inderdaad dat dan misschien uw ouders u wat meer zouden opvangen na het opbiechten, namelijk tonen van wij gaan daar niet slecht op reageren. Maarja ik snap wel dat dat een barrière kan zijn.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

Naast bovenstaande barrières kunnen SOA's asymptomatisch zijn. Uit alle interviews kwam naar voor dat de meeste participanten zich pas zouden laten testen als ze effectief symptomen zouden hebben waardoor het ontbreken van symptomen dus een drempel kan vormen. Studentenartsen gaven daarentegen aan dat zij veel jongeren over de vloer kregen die zich lieten screenen zonder de aanwezigheid van symptomen. Daarnaast werden symptomen soms verkeerd geïnterpreteerd of zelfs verdrongen. Volgens enkelingen hing het verdringen van symptomen samen met de angst voor de reactie van anderen, zoals ouders.

“Ja het zou al heel opmerkelijk aanwezig moeten zijn vooraleer dat ik het zou identificeren als een SOA. Ik zou rapper denken aan een schimmelinfectie ofzo.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

“Als het echt niets is, en je denkt het gewoon maar, ga je dat sneller uitstellen, maar ja, als je effectief iets begint voelen[dan pas zou je naar een huisarts gaan om je te laten testen].”
(Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

Een andere barrière, die samen hing met het niet hebben van symptomen, was de onwetendheid of het gebrek aan informatie. Zo wisten jongeren vaak niet hoe zo'n test in zijn werk ging en wat ze bijgevolg bijvoorbeeld konden verwachten op vlak van pijn. Daarnaast deden er soms mythes de ronde omtrent SOA's door het gebrek aan kennis. Dokters konden ook soms een verkeerd beeld geven van SOA's of onvoldoende kaderen wat ze deden en om welke reden als ze testten op een SOA. Bij één participant raadde haar gynaecoloog haar bijvoorbeeld af om een HIV test te doen aangezien dit niet vaak voor kwam terwijl zij zelf twee mensen kende die HIV hebben.

“Ik denk dat je pas met je neus op de feiten wordt gedrukt één keer dat je inderdaad symptomen hebt en je moet ze dan al herkennen. Of als je inderdaad een vaste relatie hebt.”
(Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

“Ja vooral omdat je niet weet wat dat er gaat gebeuren. Wat dat de dokter allemaal gaat ja testen.” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

*“Maar die mythes allé ja die gaan altijd rond natuurlijk hé.
Ja dat is wel waar maar ja ik vind dat moet toch zoveel mogelijk beperkt worden want dat daarover misverstanden ontstaan, is dat niet altijd ja allé kan redelijk erge gevolgen hebben ja.”* (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

Pijn en fysiek ongemak werd vooral aangehaald bij het laten nemen van bloed of het gebruik van de wisser in de urinebuis. Vrouwen hadden vooral angst om bloed te laten nemen terwijl mannen zich vooral zorgen maakten over de wisser. Hierbij was de nood om te weten of men al dan niet een SOA heeft voor enkelingen belangrijker dan de mogelijke pijn die ermee gepaard kan gaan. Volgens anderen kon het vooruitzicht op pijn er juist voor zorgen dat men zich enkel laat testen als

er sprake is van symptomen. De studentenartsen gaven daarnaast aan dat het zich bloot moeten stellen een drempel kan zijn voor jongeren. Dit kwam ook naar voor in één interview met vrouwen.

“Nee ik zou mij laten testen als het niet met zo’n staaf in mijn lul is.” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

“Ik ben ook bang van bloed te laten trekken dus voor mij is dat ook wel.”
(Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

Als laatste werden verscheidene praktische barrières aangehaald zoals het gebrek aan tijd, verplaatsingsmoeilijkheden en de kostprijs. Op vlak van tijd gaven jongeren vooral de wachttijd aan. Ook de tijd die nodig is om een afspraak te maken, het naderhand moeten inplannen en het zich verplaatsen naar de huisdokter werden vernoemd. Naast de verplaatsingstijd was het moeilijk om naar de dokter te gaan zolang men thuis woonde aangezien men dan niet altijd in een stad woonde waar alles dicht bij elkaar lag.

“Ja en meestal kan je ook maar naar de huisarts in de drukste periodes en moet je ook lang wachten.” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

In verscheidene interviews werd aangehaald dat de kost die verbonden is aan een bezoek aan de huisarts en de labokosten een drempel konden vormen. Voor de meeste participanten was het niet op zich de kost die een probleem vormde aangezien het ziekenfonds een deel terug betaalt. Het was vooral het feit dat er mogelijks nog een rekening thuis komt of dat de jongere zich moet wenden naar zijn/haar ouders om de terugbetaling van het ziekenfonds te regelen. Voor enkelingen was de kostprijs wel een reden omdat zij het allemaal zelf moesten financieren.

“Ik denk vooral bij jongeren allé die bijvoorbeeld nog naar het middelbaar gaan ofzo dan moeten die dat allé ze willen dat dan sowieso waarschijnlijk niet bespreken met hun ouders en dan moeten ze zelf naar de huisarts stappen, moeten ze dat waarschijnlijk ook zelf bekostigen en aangezien dat ze het niet kunnen zeggen aan hun ouders dus ik denk dat dat

wel voor zeker de jonge echt de jongere dat dat echt wel een rol speelt.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

Andere barrières die minder frequent naar voor kwamen, waren: het zich niet als vatbaar zien, angst voor de gevolgen of het resultaat en uitstelgedrag. Enkele vrouwelijke participanten stonden als ze jonger waren niet stil bij de mogelijkheid om een SOA op te lopen. In een groepsgesprek met vrouwen kwam daarenboven naar voor dat zij dachten dat mannen nog meer die mening deelden dat de kans kleiner is om een SOA te krijgen dan dat een vrouw zwanger geraakt. De meeste mannelijke participanten zagen zichzelf daarentegen wel vatbaar om een SOA op te lopen, met uitzondering van HIV. Angst voor de gevolgen of het resultaat werd in enkele interviews opgegeven. In één interview zeiden participanten dat de angst voor de gevolgen of het resultaat te wijten was aan het niet weten hoe een test in zijn werk gaat. Uitstelgedrag werd in drie focusgroepsgesprekken opgegeven als mogelijke barrière. Redenen voor het uitstellen waren: het te lui zijn, het ontbreken van symptomen en het te druk hebben met andere zaken.

4.3 Keuze voor de huisarts ondanks barrières

Ondanks de barrières die hierboven werden vermeld, zou de meerderheid van de participanten zich laten testen bij de huisarts omdat hij/zij hun voorgeschiedenis kent en om zeker te zijn van het resultaat. Sommige participanten die nog thuis woonden, zouden echter niet snel naar hun eigen huisarts gaan. De meeste participanten zouden daarentegen niet naar de huisarts geweest zijn als ze jonger waren.

“...dus ge moet sowieso die stap toch zetten dus dan zou ik inderdaad ook eerder kiezen voor echt zekerheid dat je dan naar een huisarts gaat ofzo. Dat je dan zeker bent en dat je dan meteen alles allé ja...” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

Redenen om zich te laten testen waren: de invloed van anderen wanneer het thema besproken wordt of anderen in hun omgeving die zich laten testen, het hebben van symptomen, een onveilige vrijpartij, het hebben van een nieuwe relatie of op vraag van hun partner en het zich reeds routinematig of preventief laten testen. Omtrent routinematig testen werd zelfs in een groepsgesprek met vrouwen aangegeven dat er in de vriendenkring jaarlijks werd aangehaald dat

het weer eens tijd was om zich te laten testen. Dit werkte volgens de participant motiverend om zichzelf eens te laten testen. Bij het zich routinematig of preventief laten testen, dient wel opgemerkt te worden dat de gynaecoloog niet standaard op SOA's test. Gynaecologen doen dit volgens de studentenartsen enkel als hen dit expliciet wordt gevraagd.

“Ik zou mij pas testen als ik zo indruk heb van oei er is iets mis.” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

Een belangrijke reden om zich niet te laten testen, was het hebben van een vaste relatie omdat je elkaar dan vertrouwt. Het blijft echter van belang om je dan te laten testen. Verschillende participanten zagen hier het belang van in. Een vriendin van een participant had zo bijvoorbeeld chlamydia opgelopen doordat de vriend waarmee ze reeds anderhalf jaar samen was haar had bedrogen.

“Maar ik denk dat je als in een vaste relatie zit dat je sowieso niet vermoedt dat je een SOA kan hebben.” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

5. Eén van de mogelijkheden om de barrières te overkomen: zelftesten

In dit hoofdstuk bekijken we of zelftesten een mogelijk alternatief kunnen zijn voor het testen bij de huisarts. Eerst wordt bekeken hoe participanten stonden ten opzichte van de verschillende types zelftesten. Omtrent het invoeren van zelftesten waren de meningen daarnaast verdeeld. Dit wordt nader bekeken aan de hand van de voor- en nadelen die werden opgegeven. Daarna wordt dieper ingegaan op de modaliteiten om zelftesten aan te bieden. Specifiek wordt bij de modaliteiten gekeken naar het belang van bekendmaking, de plaats van aanbieden, de inhoud van het pakket, de methodes van staalafname en de mogelijke vervolgstappen bij een positieve test.

5.1 Zelftest via het laboratorium of doe-het-zelftest

De meeste participanten waren geen voorstander van zelftesten die nog het laboratorium passeren omdat het voordeel van zelftesten, namelijk meer privacy, volgens hen dan weg valt. Bovendien is het een stuk omslachtiger. Verschillende participanten zouden dan eerder voor de huisarts opteren. De enige redenen die werden aangehaald om toch te opteren voor testen die via het laboratorium

gaan, was dat deze waarschijnlijk betrouwbaarder zullen zijn dan de doe-het-zelftesten en dat er op verschillende SOA's tegelijk getest kan worden.

“Nja volgens mij dat direct resultaat gaat wel bij de meeste misschien wel het meest aanslaan. Ik weet het niet maar ik persoonlijk zou wel liever hebben dat het nog door een labo getest wordt want allé kweni... Dat lijkt mij nog veiliger om preciezere testresultaten te krijgen.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

“Nuja als je zo echt 10 van die testten moet kopen voor op alles te testen, is dat geen werk hé.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

“Inderdaad zo laagste drempel is dat er zo echt veel meer mensen dat gaan beginnen doen.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

5.2 De voor- en nadelen van de invoering van zelftesten

De meningen waren verdeeld omtrent de invoering van zelftesten. Voordelen die werden aangegeven, waren: laagdrempeligheid; de gebruiksvriendelijkheid; het gevoel van controle en praktische voordelen. Nadelen daarentegen waren: de afwezigheid en/of het gebrek aan opvolging door een zorgverlener; de betrouwbaarheid van het resultaat; de mogelijkheid om betrappt te worden bij de aankoop, het moeten uitvoeren en/of afleveren van de test; onzekerheid rond de uitvoering en het feit dat er momenteel nog geen pakket is met alle testten voor SOA's samen.

5.2.1 Voordelen van de invoering van zelftesten

Voorstanders vonden zelftesten drempelverlagend. Daar werd vooral onder verstaan dat zelftesten anoniem zijn. De anonimiteit en privacy van de zelftesten voor SOA's werden dan ook het meest aangehaald als voordeel. Als een test negatief blijkt te zijn, hoeft zo niemand anders, zoals ouders of de huisarts, te weten dat er een test werd uitgevoerd. Een gevolg van de laagdrempeligheid was dat meer jongeren, die niet naar de huisarts gaan, kunnen bereikt worden. Daarnaast hoeft je bij SOA-doe-het-zelftesten niet te rekenen op anderen om alles in orde te brengen doordat je meteen zelf het resultaat kan aflezen. Studentenartsen vonden de anonimiteit van doe-het-zelftesten positief maar er moet nog steeds aandacht zijn voor de opvolging. Volgens hen zou het namelijk niet

verantwoord zijn dat jongeren zelf de test interpreteren en dan zelf beslissen om al dan niet medicatie te nemen.

“Uhm ja omdat je dan ja... Je moet het ook niet direct zeggen aan je ouders dat je dan vermoedt dat je iets hebt dus je kan het eerst voor jezelf testen en als je dan ziet dat je een SOA hebt, kan je het dan nog uiteindelijk vertellen tegen je ouders. Maar als het dan toch negatief is moet je het niet vertellen dusja. Het is ook veel anoniemer” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

“Ja mij lijkt dat ook betrouwbaarder maar ik denk voor wat [naam] zei van uhm dat je het binnen uw eigen kamer kunt doen. Dat niemand er iets van weet. Ik denk dat dat echt wel belangrijk is, zo van een eerste stap en dan kun je nog altijd zien van ahja als het positief is, de test, veronderstel allé hoop ik dat die persoon dan wel de stap gaat zetten naar een dokter.” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

“Ja ik denk dat het net positief is dat het alleen is.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

“En hoe dat het systeem ineen zit, dan doe je wel heel anoniem en thuis de test maar je krijgt daarachter wel opvang en goede begeleiding. En als je dat allemaal gewoon... Je koopt een testje en je ziet zelf of het positief is en je beslist dan zelf of je pillen moet gaan pakken, denk ik dat het toch iets van risico is eigenlijk. Ik vind dat toch uhm.” (Studentenartsen, 7 mei)

Daarna werden praktische voordelen, gebruiksvriendelijkheid en het gevoel van controle het meest aangehaald. Onder praktische voordelen vielen het zich niet hoeven te verplaatsen, de kostprijs, het zelf kunnen kiezen van de tijd en het besparen van tijd. Als de testen gratis of vrij goedkoop zouden worden aangeboden, zouden jongeren sneller een zelftest prefereren boven een bezoek aan de huisarts. Op vlak van tijd zouden participanten tijd besparen doordat men zich niet hoeft te verplaatsen, geen afspraak hoeft te maken en niet hoeft te wachten in de wachtzaal. Ook bij

studentenartsen zou tijd kunnen bespaard worden als zij de test voor handen zouden hebben. Alles zou dan namelijk op één consultatie afgehandeld kunnen worden.

“Dan moet je niet naar de dokter gaan, je verplaatsen en zo contact leggen” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

Samenhangend met de praktische voordelen was gebruiksvriendelijkheid belangrijk. Participanten vonden dat de test niet te omslachtig zou mogen zijn en eenvoudig zou moeten zijn. Het gebruik van een Visakaart bij de aankoop van zelftesten op internet moet bijvoorbeeld vermeden worden. Hierbij was het wel zo dat alle participanten jongeren capabel achtten om de zelftesten uit te voeren als ze gebruiksvriendelijk zouden zijn en voorzien zouden zijn van goede en duidelijke informatie. Studentenartsen zagen op vlak van technische uitvoering ook geen problemen al gaven zij wel aan dat dit sterk individueel verschillend kan zijn. Zo waren er bijvoorbeeld jongeren die in paniek bij hen kwamen na het afnemen van een zwangerschapstest en dan liever hadden dat iemand anders het af las.

“Als er kan gegarandeerd worden dat je resultaat 99% juist is, gaat dat al een grote stap zijn denk ik. En maken dat het gemakkelijk genoeg is om te doen. Niet vijf/zes stappen gewoon ja plas in een potje en steek er iets in en kijk wat dat of dat het verkleurd of niet.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

“Inderdaad als dat simpel is. Te veel uitleg gelijk dat je zegt zo met een gigantische bijsluiter die gasten gaan dat niet lezen. Als dat zo maar gewoon iets is van...” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

“Er zijn er ook die dan, soms zijn mensen ook al in paniek en zitten ze daar al hwoeee en dan komen ze toch terug. Ze hebben er al twee gedaan thuis en ze weten toch nog het antwoord niet en... Dat is zeker niet de meerderheid. Maar er zijn er die daardoor die daar toch veel gemakkelijker vinden als er een ander zegt de test is negatief of positief.” (Studentenartsen, 7 mei)

Als laatste werd door sommigen het gevoel van controle vermeld. Dit speelde vooral bij het gebruik van de wisser en bij de vingerprik. Anderen zouden daarentegen juist niet zeker zijn van de uitvoering.

“Maar ik denk dat als je het bij jezelf mag doen of als het iemand anders doet dat je dan nog eerder zou kiezen om het zelf eerst een keer te proberen.” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

Andere voordelen die minder werden aangehaald, waren: minder pijn en fysiek ongemak, onmiddellijke geruststelling en het overkomen van schaamte. Vooral mannelijke participanten gaven minder pijn aan bij het gebruik van de wisser als men het zelf zou kunnen doen. Dit speelde ook bij vrouwen bij de vingerprik. Daarnaast kon onmiddellijke geruststelling een voordeel zijn, net zoals dit het geval is bij zwangerschapstesten. Zelftesten kunnen op deze manier dan dienen als tussenstap. Als de test negatief is, moeten ze niets ondernemen terwijl ze bij een positieve test dan toch naar de huisarts zouden gaan. Als laatste zouden zelftesten volgens enkele participanten schaamte kunnen tegengaan doordat anderen er niet bij betrokken worden. Studentenartsen gaven dit ook aan als voordeel.

5.2.2 Nadelen van de invoering van zelftesten

Het nadeel die het meest werd aangehaald door tegenstanders was de betrouwbaarheid van de test en hiermee samenhangend de mogelijkheid van een vals negatief resultaat. Concreet ging men, zolang de betrouwbaarheid van de testen niet gegarandeerd kan worden, liever naar de huisarts om volledig gerust te zijn. Zowel studentenartsen als enkele participanten vonden het daarenboven moeilijk om te achterhalen of een website betrouwbaar is als de testen via deze weg zouden worden aangeboden.

“Maar moest er iemand zeggen tegen mij van ahja ma het is ook zo [ik heb geen SOA]] want ik heb een zelftest gedaan dan zou ik hem wel minder vertrouwen dan dat hij echt naar een dokter is geweest.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

“Maar dat is bijna nooit eigenlijk hé. Bij zwangerschapstesten weet je dat ook nooit 100% zeker hé. Er is altijd een marge.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

Hiermee samenhangend zou de mogelijks grote kans op vals negatieven een vals gevoel van zekerheid kunnen creëren. Dit zou volgens sommige participanten erg gevaarlijk kunnen zijn doordat de gevolgen bij een SOA zelftest, in vergelijking met bijvoorbeeld een zwangerschapstest, groter zijn bij een verkeerde indicatie.

“Maar ja je mag die testen in België verkrijgbaar zouden zijn dan zou ik ze wel vertrouwen. Stel dat die negatief zijn dan zou ik nooit dan zou ik nooit nog iets met labo te maken hebben. Stel dat die positief zijn dan denk je van oei en dan kun je je nog een keer laten testen door een labo dat je zeker weet wat dat ze...” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

Daarenboven zou informatie of het resultaat volgens participanten en studentenartsen door jongeren verkeerd geïnterpreteerd kunnen worden. Volgens sommige interviews had dit te maken met een gebrek aan kennis.

“Ja als je bijvoorbeeld de resultaten niet kan interpreteren. Ja dan, ik weet niet ja misschien is dat wel gemakkelijk maar misschien ook niet. Ik weet niet ja.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

Studentenartsen merkten, in tegenstelling tot het gevaar voor vals negatieven, op dat sommige internetbedrijven mogelijks ervoor kunnen zorgen dat zij meer medicatie verkopen door testen aan te bieden die een vals positief resultaat aangeven.

“Ja want dat vind ik zo een beetje via het internet. Je weet nooit van is dat een betrouwbare website, zijn die testen die zij aanbieden inderdaad echt goede betrouwbare testen en is de link naar de behandeling ook betrouwbaar. En ik denk dat dat heel moeilijk is om dat voor ons bijvoorbeeld te controleren uhm ja wat daaraan allé hoe betrouwbaar en kwalitatief dat dat eigenlijk is. En en als dat gewoon, ik zeg maar een internetbedrijffe is wat graag

zoveel mogelijk chlamydiatesten verkoopt en ook zo veel mogelijk behandelingen en dat geeft bijvoorbeeld veel vals positieven.” (Studentenartsen, 7 mei)

Daarnaast werd, vooral door de studentenartsen, gewezen op het feit dat de afwezigheid of het gebrek aan opvolging door een zorgverlener nefast kan zijn. Zeker bij doe-het-zelftesten voor HIV vonden artsen het niet verantwoord dat jongeren op deze manier zouden te weten komen dat ze HIV hebben. Sommige participanten hadden ook liever professionele begeleiding bij de uitvoering in plaats van een bijsluiter omdat dit voor hen meer zekerheid zou bieden omtrent het resultaat. Een aantal participanten waren namelijk onzeker omtrent de uitvoering bij de vingerprik of de wisser. In één interview werd daarbij aangehaald dat de zorgverlener dan kan aangeven of men een risico heeft gelopen. De opvolging van een huisarts, indien de test positief blijkt, was voor sommige participanten ook van belang omdat men dan naderhand iemand heeft om mee te praten die hen dan mee kan geven wat de mogelijke vervolgstappen zijn. Daarenboven zullen sommigen bij een positieve test niets meer ondernemen en bijgevolg dus niet naar de huisarts gaan terwijl dit dan wel noodzakelijk is.

“Van vorm je effectief wel een risico [op de SOA die je wil testen] of niet? Omdat ik denk dat dat sommige niet gaan weten van moet ik dat nu doen een zelftest of niet? En die dokter kan je dat dan wel meer bespreken dat is echt iemand die er veel meer van af weet.”
(Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

Het kunnen betrap worden door anderen werd ook frequent vermeld. Participanten hadden vooral schrik dat anderen hen zouden zien bij de aankoop of aflevering van de test. Een pakketje dat thuis aankomt kan bijvoorbeeld geopend worden door ouders of men kan kennissen tegen komen als men in een supermarkt of apotheek in de rij staat of als men bij een automaat staat. Daarnaast kunnen ouders die niet kloppen voordat ze de kamer betreden, hen betrappen bij de uitvoering. Hiermee samenhangend kwam uit verscheidene gesprekken naar voor dat zelftesten het taboe en de schaamte niet overkomen. Zo werd in één interview gezegd dat zelftesten het taboe eerder in de hand werkt doordat het uitvoeren van een zelftest terug alleen is omdat niemand anders het mag weten en het bijgevolg niet bespreekbaarder wordt.

“Ik zou rapper naar een dokter gaan denk ik om volledig gerust te zijn. Ook omdat ik dat gênanter zou vinden om dat te kopen.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

“Nja ik ben van het type ‘I don’t give a fuck’ dus mij zou dat allemaal niet uitmaken maar het is dat dat taboe een beetje er rond dat ook een beetje en ik denk ok ja... Met die zelftest denk ik dat je dat ook een beetje dat taboe in de hand werkt, vind ik dan omdat dat dan toch ook terug weer heel op uw eigen is en en van ok ja ik ga het misschien testen maar niemand mag het weten. Ik ga het maar zelf doen. Ik denk dat daar ook een beetje alle het probleem zit om het zo te zeggen.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

Een laatste nadeel dat veel werd vermeld, was dat er nog geen test bestaat waarbij men tegelijk op de meest voorkomende SOA's kan testen. Momenteel moet men al een vermoeden hebben welke SOA men kan opgelopen hebben om dan die test te bestellen. Uit alle interviews kwam naar voor dat dit een groot minpunt is. Er zou eerst één pakket moeten komen vooraleer het laagdrempelig wordt om SOA-zelftesten aan te bieden.

Nadelen die in mindere mate werden vermeld, waren: pijn en fysiek ongemak, een te hoge kostprijs en het naderhand toch nog moeten gaan naar de huisarts. Pijn en fysiek ongemak werden voornamelijk aangehaald bij de wisser in de urinebuis en de vingerprik. Mannen zouden liever geen gebruik maken van de wisser in de urinebuis. Deze mogelijke drempel bij mannen kwam terecht ook naar voor in een gesprek met vrouwen. Daarentegen werd in dat gesprek aangehaald dat het gebruik van een wisser bij vrouwen volgens hen geen pijn of fysiek ongemak teweeg brengt. Zowel vrouwen als mannen zouden er tegenop zien om bij zichzelf een vingerprik af te nemen. Daarnaast zullen zelftesten niet gebruikt worden als de kostprijs te hoog is. Op vlak van kostprijs werd er in één interview aangegeven dat het belangrijker is om betrouwbaarheid te kunnen garanderen dan om te proberen zelftesten zo goedkoop mogelijk aan te bieden. Als laatste kwam in twee gesprekken naar voor dat je beter meteen naar de huisarts kan gaan want als de zelftest positief is, moet je naderhand toch nog naar de huisarts.

5.3 De modaliteiten van zelftesten

In dit hoofdstuk komt achtereenvolgens het belang van een kwaliteitslabel, de bekendmaking, de plaats van aanbieden, de inhoud van het pakket en het vervolg bij een positieve test aan bod.

5.3.1 Een kwaliteitslabel

Voordat je zelftesten zou kunnen aanbieden, moet er volgens de participanten eerst gegarandeerd worden dat ze kwaliteitsvol en/of betrouwbaar zijn. In drie interviews kwam zelfs naar voor dat een kwaliteitslabel vanuit de overheid of een organisatie, zoals Sensoa, eraan zou moeten gekoppeld worden.

5.3.2 Bekend maken bestaan zelftesten

In verschillende gesprekken werd het belang aangehaald van het bekend maken van het bestaan van zelftesten, want als het niet geweten is dat het bestaat, zal het niet gebruikt worden. De beste kanalen volgens de participanten waren: uitleg in scholen, campagnes en internet. De uitleg in scholen wordt best gegeven via seksuele voorlichting. In de les kan dan al eens uitgelegd worden hoe het afnemen van zo'n zelftest in zijn werk gaat.

“En ze moeten ook weten dat het bestaat he. Ja dat moet dan in die lessen seksuele opvoeding ofzo, moet dat dan ook wel allé ja gegeven worden. Dat dat bestaat en eventueel inderdaad een keer kort dan heb je ook die jongeren, die jongste ook mee. Dat ze dan eventueel op dat moment ook weten hoe dat dat moet gebruikt worden. Kan ook.”

(Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

Daarnaast waren concrete voorstellen omtrent campagnes: het uithangen van affiches in de wachtzaal van de huisarts, het verspreiden van flyers, het opzetten van acties in het middelbaar of op de hogeschool/universiteit, het inzetten van campagnebussen en het bekend maken via de media. Het was volgens één interview ook belangrijk dat er een campagne vanuit de overheid zou gelanceerd worden.

“Maar ik zou wel eerder opteren voor ook in de wachtkamer omdat dan bereik je ook zo de 14 jarigen en diegenen die eigenlijk nog geen seks mogen hebben. Maja als ze het hebben, hebben ze het hé dus.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

“Of zo één, zo'n actie op het unief is veel is beter dan opnieuw de voor de derde keer dezelfde actie in het middelbaar...” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

“Gewoon zo een catchy campagne en dat iedereen dat dan begint te delen”
(Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

Een laatste piste die jongeren vermeldden, was internet. In een aantal interviews werd voorgesteld om op de affiches een link te plaatsen waar men dan extra informatie kan vinden. Andere mogelijkheden waren: het sturen van een sms’je met een link naar een website, artikels schrijven die verschijnen op websites, zoals Het Laatste Nieuws of het Nieuwsblad, verschijnen of informatie verspreiden via sociale media.

*“Sociale media. Gelijk dat je zo van die stomme sites gelijk HLN hebt enzo die zijn wel niet betrouwbaar denk ik. Maar zo van die sites die wel betrouwbaar zijn zoals Nieuwsblad of *onverstaanbaar*. Dat komt daar in iemand post dat Facebook dat gaat snel.”*
(Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

Andere mogelijkheden om het bestaan van zelftesten bekend te maken, waren: het verstrekken van informatie op evenementen en festivals, zoals nu bijvoorbeeld gebeurt met de CondoMobiel; informatie op condooms zetten; standaard bij de pil een zelftest steken; via wedstrijden; het in de media brengen via reclame; de zelftesten aanbieden tijdens een medisch onderzoek, bij huisartsen of bij de gynaecoloog of via systematische screening. Voorbeelden van systematische screening waren: het bevolkingsonderzoek naar darmkanker of het onderzoek rond zelftesten voor HIV bij homoseksuelen dat via het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) gedaan wordt en waarbij swappers voor in de mond worden opgestuurd om naderhand terug opgestuurd te worden naar het laboratorium.

5.3.3 Plaats van aanbieden en terug afleveren zelftesten

Plaats waar SOA-zelftesten het best worden aangeboden

Zelftesten moeten volgens enkele participanten op zoveel mogelijk plaatsen aangeboden worden.

“...Gelijk waar je condooms kan kopen.” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

De plaatsen die het meest door jongeren naar voor werden gebracht, waren: de apotheek, een automaat, een winkel of supermarkt of via het internet. Supermarkt of winkel werd het meest aangehaald. In één interview werden ook nachtwinkels als mogelijke optie aangegeven. Er werd hierbij wel gewezen op een mogelijke drempel, namelijk het feit dat men dan moet aanschuiven met een zelftest of een zelftest moet vragen. Mogelijke oplossingen die werden geformuleerd voor de aankoop in winkels waren het gebruik van selfscans en het discreet verpakken van de tests. Een oplossing bij een aanschaf in een apotheek, die geformuleerd werd door de studentartsen, was de mogelijkheid om zo'n zaken in een aparte ruimte te bespreken. Er is reeds sprake om dit in te voeren bij apotheken om zo meer informatie te kunnen geven omtrent bepaalde medicatie.

“Een apotheker? Ik zou dat maar gebruiken moest ik dat in het kruidvat ezo random store. Maar de kruidvat is toch ook zo de zwangerschapstestwinkel.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

“Ik denk dat ze dat ook in een grootwarenhuis kunnen doen maar ik denk voor veel mensen dat als je bij een apotheek binnengaat dat je niet kent, gow ergens waar dat je het niet kent, ga je dat wel durven vragen he. Meestal staat er daar ook geen rij aan de kassa...” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

Naast bovenstaande opties werd internet vaak vernoemd. Hierbij was het van belang dat het pakketje thuis aankomt in een discrete verpakking of dat men het ergens kan gaan afhalen zodat hun ouders het niet te weten komen. Daarnaast diende het ook een erkende site te zijn zodat het geen namaakproducten zijn.

“Dat is een beetje hetzelfde als condooms hé. Sommigen durven dat ook niet gaan kopen in een apotheek of in de winkel en dan is internet allé ja de goede oplossing...” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

Als laatste werden automaten regelmatig aangehaald. Als mogelijk plaatsen om automaten te plaatsen werden cafés, de uitgaansbuurt in Gent en automatenwinkels opgegeven. Net als bij voorgaande opties wilden participanten niet gezien worden door anderen als ze een zelftest uit een automaat zouden halen. Het is dus belangrijk dat de automaten niet op publieke plaatsen staan.

“Uhm misschien een automaat, voor condooms heb je dat ook.” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

De enige mogelijkheid die voor studentenartsen aanvaardbaar was, was de apotheek. Het liefst zouden zij daarentegen de testen zelf voorhanden hebben zodat ze enkel bij hen kunnen uitgevoerd worden. Het aanbieden via internet vonden zij bijvoorbeeld erg gevaarlijk. Bij websites die meteen medicatie aanbieden, is de kans op vals positieven al groter. Daarnaast kan via deze weg ook weinig uitleg worden gegeven rond bijvoorbeeld de incubatietijd en de belangrijkheid van condoomgebruik in de toekomst.

“Zo laagdrempelig maken ja voor voor voorbehoedsmiddelen ok. Dat is iets anders omdat de consequentie daarvan en dan is er ook veel mis gebruik uhm. Maar vrij misschien in de apotheek verkrijgbaar tot daar toe. Het is follow up. Het is niet zo zeer het verkrijgen van de test. Het is de volgende fase.” (Studentenartsen, 7 mei)

Andere mogelijkheden waren: afhaalpunten; het kunnen verkrijgen bij de gynaecoloog, de huisarts, een hulpverlener, in school of in een jongerencentrum en het kunnen verkrijgen van testen in het kader van onderzoek zoals bijvoorbeeld gebeurt bij onderzoek door het ITG.

Het terug afleveren van SOA-zelftesten die via het laboratorium gaan

Voor de zelftesten die via het laboratorium gaan, is het belangrijk dat jongeren de test naderhand terug kunnen afleveren. Als er een gefrankeerde envelop in het pakket zou zitten, zouden zij dat liefst opsturen via de post. Hierbij zou het dan belangrijk zijn dat het discreet verpakt kan worden.

“Nja als dat misschien daar bij zit in je verpakking dat er zo een postpakketje bij zit reeds betaald enal. Dat je gewoon er in steekt en ergens dumpst in een brievenbus. Cava nog.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

Andere mogelijkheden waren: via een brievenbus bij de apotheek of huisarts, via inzamelpunten of de test gewoon gaan afgeven in het laboratorium of in de apotheek. In enkele interviews kwam

naar voor dat er voldoende mogelijkheden moeten worden geboden om de test terug te kunnen afleveren en de keuze hieromtrent bij de jongere te moet gelaten worden.

5.3.4 Inhoud pakket

Elementen die zeker aanwezig zouden moeten zijn in een pakket, waren: een bijsluiter; een overzicht van de mogelijke SOA's en bijhorende testen en de benodigdheden voor de test. Daarnaast zou het volgens sommigen interessant kunnen zijn om twee dezelfde testen per SOA in een pakket te steken.

Bijsluiter met eventueel aparte folder of lijst met mogelijke SOA's

Alle participanten gaven aan dat er een goede bijsluiter aanwezig zou moeten zijn. Hieronder werd verstaan dat er beknopte, duidelijke informatie wordt voorzien en dat deze eventueel ondersteund wordt door tekeningen. Als de bijsluiter te uitgebreid is, zal deze niet gelezen worden.

“Ja misschien zelfs inderdaad zo weinig mogelijk tekst” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

“Ja zoals ik zei zo met tekeningetjes dat je ook op de condooms hebt. Ja zo ja duidelijke tekeningen.” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

De bijsluiter diende informatie te bevatten over de SOA zelf en over de mogelijke gevolgen zodat men bij een positieve test reeds weet wat dat betekent. Bij een zelftest die via het laboratorium gaat, diende volgens enkelen vermeld te worden waar men de test terug kan afleveren en hoe lang het kan duren eer men de resultaten krijgt. Daarenboven kwam in enkele gesprekken naar voor dat het belangrijk kan zijn dat de bijsluiter in het Nederlands of in verschillende talen is.

“Wat dat het gevolg is als hij positief terug komt. Wat je dan moet doen. Dat je niet moet panikeren maar dat het kan.” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

“(...) geconcentreerd hé. Deze test is pas toepasbaar in een periode in die tijdsperiode na een contact.” (Studentenartsen, 7 mei)

Volgens sommigen zou de bijsluiter daarentegen geen informatie moeten bevatten omtrent de gevolgen van de SOA maar enkel over de test zelf. De informatie rond de gevolgen zou dan beter in een aparte folder opgesomd worden. Andere mogelijkheden waren: het opnemen van een verwijzing naar een website in de bijsluiter, een contactnummer vermelden in de bijsluiter of gewoon aangeven dat men bij een positief resultaat naar de huisarts moet.

“Niets van informatie over de SOA zelf of?”

“Dat zou ik dan eerder bij het resultaat steken.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

Naast een bijsluiter en eventueel een aparte folder zou het interessant kunnen zijn om een overzicht van de verschillende SOA's, de symptomen en de bijhorende testen in het pakket te steken. Op deze manier kan de jongeren dan nagaan op welke SOA's hij/zij zich nog wil testen. Volgens enkelingen zou er informatie gegeven moeten worden over het voorkomen van SOA's in de toekomst en over incubatietijden. Dit waren zaken die studentenartsen meegaven met jongeren tijdens de consultatie. Naast deze zaken moeten orale contacten volgens studentenartsen aan bod komen.

“Ja dat dat iets is dat wel heel belangrijk is dat je dat je een papier hebt. Gewoon dat je zegt van kijk er wordt getest op die die en die maar dat is ook nog allemaal mogelijk en die kun je daaraan herkennen uhm” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

Studentenartsen vonden het echter gevaarlijk om deze informatie enkel via een bijsluiter mee te geven omdat je dan geen zicht hebt of dat jongeren snappen wat ze lezen.

“En dan te zorgen dat iedereen dat goed snapt en dat goed leest. Ik denk dat dat niet eenvoudig is want wij zien ook soms wel aan de manier waarop mensen antwoorden geven, van hebben ze het door, snap je? En dan ga je nog op een andere manier eens proberen uit leggen maar als iemand dat leest weten we niet, weet niemand iets hé.” (Studentenartsen, 7 mei)

Benodigdheden

Benodigdheden die volgens de participanten van belang kunnen zijn voor de test waren: ontsmetting en een plakker bij de vingerprik, een potje voor urine en wissers. Bij de zelftesten die nog via het laboratorium gaan, diende een gefrankeerde envelop te zitten en eventueel ook een code als de resultaten naderhand online geraadpleegd kunnen worden.

“Ja zo ja ontsmettingsmiddel en inderdaad voor bloed een plakkertje en voor de urinetest ja een potje en...” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

Twee testen per pakket

In twee focusgroepgesprekken werd aangegeven dat het interessant kan zijn om twee testen in een pakket te steken. De redenen hiervoor waren verschillend. De eerste had te maken met de incubatietijd en de tweede met partnerwaarschuwing. Er kan zo meteen een test gedaan worden en dan tweede test na een bepaalde periode of je kan ook een test geven aan je partner.

“Misschien moet dat wel sowieso een dubbel pakket zijn, zodanig dat je er al twee hebt. Je test u onmiddellijk en dat er bij staat voer deze test uit op dat moment.”
(Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

“Ja. Ik denk dat je altijd je partner kan ja kan beredden” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

5.3.5 Methodes van staalafnames

Voor enkele participanten zou het niet uitmaken welke methode ze zouden moeten gebruiken.

*“Hoh als dat toch gewoon om bij jezelf te doen is...
Maakt dat niet zoveel uit eigenlijk hé.”* (Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

De meeste mannelijke participanten zouden echter liever geen gebruik maken van de wisser in de urinebuis. Sommigen zouden liever professionele begeleiding hebben bij een wisser. De meeste vrouwelijke participanten en enkele mannelijke participanten zouden de vingerprik niet prefereren.

Enkele mannelijke participanten zouden daarentegen juist wel voor een vingerprik opteren. De voorkeur van de meesten ging daarentegen uit naar de urinetest omdat dit het gemakkelijkst is.

“Die wisser moeten ze gewoon afschaffen.” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

“Maar ik denk dat urine nog altijd het gemakkelijkste is.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

5.3.6 Ideale kostprijs

Uit de interviews kwam naar voor dat het belangrijk is dat de kostprijs van zelftesten niet hoger ligt dan de kostprijs van een bezoek aan de huisarts. De bedragen die door de participanten als aanvaardbaar werden beschouwd, schommelden tussen de 5 euro en 25 euro. Uit één interview bleek ook dat er geen groot prijsverschil mag zitten op testen die door verschillende bedrijven worden aangeboden, zodat men niet beslist om voor de goedkoopste te gaan die dan misschien minder betrouwbaar is.

Ik zou dat ongeveer in dezelfde lijn leggen naar een doktersbezoek. Eventueel allé het is ook te zien welke test. (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

In enkele interviews werd zelfs aangegeven dat zelftesten gratis zouden moeten aangeboden worden via bijvoorbeeld het Jongerenadviescentrum (JAC), een jongerencentrum, de school of de huisarts. Zeker voor jongeren die jonger zijn dan 21 jaar kan het van belang zijn dat testen gratis worden aangeboden aangezien zij financieel vaak nog afhankelijk zijn van hun ouders. Hierbij werd er in een ander interview en door de studentenartsen opgemerkt dat de drempel zo misschien te veel wordt verlaagd en men bijgevolg mogelijks minder de neiging zal hebben om te voorkomen. Een andere mogelijkheid was het steken van een kortingsbon in het pakket voor de eventuele aankoop van een volgende test.

“Eigenlijk zou het standaard bij de pil moeten zitten.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

“Ja zo bij ons allé af en toe delen ze, staan er zo twee man achter een tafel en delen ze condooms uit. Waarom zouden ze daar ook niet staan en zelftests daar leggen.”

(Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

Op vlak van kostprijs gaven studentenartsen aan dat, als zij de zelftesten ter beschikking zouden hebben, zij via een nomenclatuurnummer de testen voor 2 euro of 2,50 euro zouden kunnen aanbieden. Dit komt dan wel bovenop de consultatie.

5.3.7 Aanpak bij positief resultaat

Doe-het-zelftesten

Bij doe-het-zelftesten werden er twee mogelijkheden vermeld. De informatie rond een positief resultaat in de bijsluiter steken was één mogelijkheid. De andere was het apart vermelden via een link naar een website, een contactnummer, een apart blad met duidelijke richtlijnen of een folder. Op vlak van de verwijzing naar een website werd in een interview aangehaald dat het interessant kan zijn om een forum of platform te installeren waar jongeren met elkaar kunnen communiceren. In andere interviews werd dan weer opgemerkt dat je zo jongeren zal uitsluiten die geen internet hebben en dat het dus belangrijk blijft om toch informatie op een apart blad in de bijsluiter te steken.

“...pff zeker uitleggen wat positief betekent dat dat iets niet goed is.” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

“Ja allemaal in grote letters stappenplan dat je kan doorlopen. Niet gewoon de mensen daar laten zitten. Niet gewoon de mensen laten zitten van je bent positief.”

(Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

“Of dan misschien ook op die website een soort ja forum of platform zetten waar dan bijvoorbeeld mensen die zo 'n test hebben gedaan die daar eigenlijk hun allé hun ervaringen op schrijven van: als het positief was of het was negatief dan ezo. Dat de jongeren zo ook een beetje kunnen gerust gesteld worden.” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

Daarnaast was het belangrijk om te vermelden dat men bij een positieve test dient te gaan naar de huisarts.

“Maar ja dat er wel echt op staat wat dat je moet doen nu met het resultaat. Niet zo vaag van bij deze klachten ga dan naar de huisarts maar echt van jij moet naar de huisarts.”
(Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

Zelftesten via het laboratorium

Volgens sommigen zou de keuze bij de jongere moeten worden gelaten hoe ze de resultaten willen ontvangen. De kanalen die het meest werden vernoemd zijn via e-mail of telefonisch. De kans is bij deze wegen namelijk het kleinst dat anderen het te weten komen. Een voordeel van het telefonisch contact was dat er meteen uitleg kan gegeven worden door een professional en dat de jongere vragen kan stellen. Het was hierbij dan wel belangrijk dat de jongere niet op de vaste lijn wordt gecontacteerd zodat men zeker is dat de jongere opneemt en niet één van de ouders. Een mogelijke oplossing hiervoor was dat de jongere zelf contact kan opnemen.

“Bwa ik zou dat niet erg vinden om een mailtje te krijgen als het positief is, moet je dan gewoon toch naar de dokter en dan weet je van eerste keer alles.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

“Ja nee want dan heb je misschien het risico dat uw ouders opnemen ofzo.

Ja maar uw gsm?

(...)

Want dat was bij mij zo dat ik zelf geweest ben en ik vind dat wel goed omdat ja als je belt dan zeggen ze ook al bijvoorbeeld direct van: ja je moet naar de apotheker gaan en je moet dat gaan halen ofzo. Het is allemaal niet zo erg enzo allé zo wat geruststellen ook.”
(Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

Andere mogelijkheden waren: een code om je resultaten online te raadplegen, het resultaat ophalen bij de huisarts of het meedelen via een brief. Op vlak van het ophalen van het resultaat bij de huisarts werden door de participanten twee mogelijkheden gegeven. De eerste mogelijkheid was dat de huisarts de resultaten gewoon in een vakje legt waar je die dan kan ophalen. De tweede mogelijkheid was dat de huisarts je de resultaten meegeeft tijdens een consultatie. Volgens

sommigen was meedelen via een brief bovendien geen goed idee omdat deze dan terug thuis kan toekomen.

“Valt te zien ook de ernst van de SOA want er zijn ook SOA's die minder erg zijn dan andere. Als het bijvoorbeeld een ergere SOA is dat er dan wel wordt meegedeeld door iemand die er al dat er bekwaam voor is, bijvoorbeeld door de arts.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

“Ik zou geen brief willen hebben want dan komt dat weer thuis toe.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

Zelftesten koppelen aan een bezoek aan een zorgverlener

De meningen waren verdeeld rond het standaard koppelen van zorgverlening aan de test. Voorstanders gaven aan dat de huisarts nog altijd de juiste persoon is om de jongere bij te staan en extra uitleg te geven als een test positief is. In één interview werd zo voorgesteld om het laboratorium contact te laten opnemen met je huisarts als de test positief blijkt te zijn zodat je het zelf al niet meer hoeft te vertellen aan je huisarts. Een ander voorstel was het werken met een database waarin bijgehouden wordt wie wel en niet naar de huisarts gaat. Jongeren die dan de maand na het testen niet naar de huisarts zijn geweest, kunnen dan opgebeld worden. Deze opties kunnen echter enkel gebruikt worden bij zelftesten die nog via het laboratorium gaan.

“...Ja ik zou dat eigenlijk niet willen weten positief. Ik zou dat alleen willen zien als dat negatief is. Anders zou ik willen dat iemand anders mij dat vertelt.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

“Misschien de optie bij steken als je het wil opsturen naar het labo dat je er bij kan zetten. Stel dat ik positief uit komt, stuur het ook naar mijn huisdokter namelijk bla bla bla en dan moet je het al zelf niet gaan zeggen tegen uw dokter. Hij weet het al.” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

“Ja of misschien als je ergens één of andere database dat ze kunnen zien van bijvoorbeeld die personen zijn positief en zijn bijvoorbeeld afgelopen maand naar de dokter geweest en die die niet naar de dokter zijn geweest gewoon dan nog een keer opbellen om toch die stap te laten zetten.” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei).

Tegenstanders gaven aan dat je enkel het belang kan benadrukken van het gaan naar huisarts maar jongeren niet kan verplichten om dit te doen. Sommige participanten vonden dat het nut van zelftesten verdwijnt als er standaard zorgverlening wordt gekoppeld aan de tests. Daarenboven kunnen jongeren dan niet kiezen om naar een andere huisarts of naar het ziekenhuis te gaan.

“Het is nog altijd jij die beslist om die test te gaan halen dus jij hebt een goede stap genomen zogezegd dus ik denk dat je de persoon dan niet moet gow eigenlijk als een kind behandelen en direct naar die dokter pff ja dan is het weer.” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

Partnerwaarschuwing

De meeste participanten zagen het belang in van partnerwaarschuwing. Zo kwam in verschillende focusgroepinterviews naar voor dat dit opgenomen dient te worden in de bijsluiter. Daarnaast bleek uit enkele gesprekken zelfs dat er een systeem voorzien zou moeten worden om het voor jongeren makkelijker te maken. Voorstellen van systemen waren: het opstellen van een standaard e-mail die verstuurd kan worden naar de (ex-)partner(s), twee testen in een pakket steken, een hulpverlener anoniem contact laten opnemen met (ex-)partner(s) via een brief of telefonisch of de huisarts via telefoon of e-mail contact laten opnemen.

“Ik denk sowieso dat dat ook wel het meest logisch is dat als je een partner hebt dat die sowieso moet gecontacteerd worden.” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

“...Maar ik denk niet dat je naar uw ex gaat bellen van ja sorry maar ik heb... Direct, naar allemaal.” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

6. Andere mogelijkheden om barrières te overkomen

In één interview werd opgemerkt dat de barrières die ervaren worden bij het gaan naar de huisarts moeilijk te overkomen zijn. Doorheen de verschillende focusgroepgesprekken werden daarentegen wel enkele mogelijkheden, naast zelftesten, aangereikt.

6.1 Informeren en preventie

Vooraf het belang van preventie en informatieverstrekking kwam aan bod om de huidige barrières te overkomen. Mogelijkheden om jongeren te informeren waren: het lanceren van een campagne, zoals bij de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker; het informeren in de wachtzaal en door de huisarts zelf; het blijvend informeren in het middelbaar en in de hogeschool/universiteit; een SOA-dag in een pretpark of het inzetten van campagnebussen. In één interview en door studentenartsen werd daarenboven gewezen op het belang van wetenschappelijk onderzoek om de informatie op te kunnen baseren.

“... Dat echt gewoon onder de mensen brengen dat ze dat weten. Informeren, dat is bij veel dingen echt het belangrijkste. Als gewoon mensen niet weten hoe of wat.”
(Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

“Zowel wetenschappelijk onderzoek als ja kansen van overdracht als dat stukje naar mensen toe doorgeven hé. En en seksuele activiteit ook breder benoemen dan enkel coitus.”
(Studentenartsen, 7 mei)

Daarnaast werd er in sommige groepsgesprekken en door studentenartsen op gewezen dat preventie, zoals het blijven promoten van veilig vrijen, belangrijk is en dat preventief of systematisch testen helpend kan zijn. Mogelijkheden om systematisch te screenen waren: het verplichten van een test op school, het aanbieden van testen in het kader van onderzoek zoals bijvoorbeeld al gebeurt door het ITG of de Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in Amsterdam, het laten uitvoeren van een test in het medisch onderzoek of via het geven van bloed. Studentenartsen vonden het benutten van de laatste twee pistes echter geen goed idee. Daarnaast gaven enkele participanten aan dat het geen zin heeft om iedereen te laten testen omdat niet iedereen op zijn 16^e al seksueel actief is.

“Maar voorkomen is nog altijd beter dan genezen. Het moet nog altijd primair zijn om veilig seks te hebben...” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

“Ik denk he als dat zoveel pijn doet en zo wat in het PMS, allé in het medisch onderzoek zitten, uhm dat zo als je dan een keer hebt gehad. Dat je dan ook veel voorzichtiger uhm gaat omspringen met uw seksueel leven denk ik” (Focusgroepgesprek met mannen, 20 april)

“Maar dus als je bloed gaat gaan geven dus ben je ook zeker dat je dat niet hebt?

(...)

Dus één keer per jaar bloed laten nemen.” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

6.2 Bespreekbaar maken onder vrienden/met ouders

Naast het belang van preventie en informatievoorziening werd gewezen op de voordelen van het meer communiceren omtrent SOA's. Zeker met ouders zou zo'n thema bespreekbaarder moeten zijn. Voor de meeste participanten bleef het wel raar om te spreken over zo'n thema met hun ouders. Het blijft daarnaast een thema waarover weinig wordt gesproken met vrienden terwijl dit wel kan aanzetten om zich te laten testen. Daarnaast zou het samen met vrienden of partner naar een huisarts of een centrum gaan volgens veel participanten aan kunnen aanzetten tot screening. Studentenartsen zien dit ook in de praktijk.

“Als er meer over gepraat wordt, gaat het minder taboe komen” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

“Of twee vrienden heteroseksueel en zeggen we komen alletwee voor een SOA screening” (Studentenartsen, 7 mei)

6.3 Aanpak van de arts of keuze voor studentenarts/andere huisarts

De aanpak van de arts was ook belangrijk. Artsen zouden meer op de hoogte moeten zijn van het seksueel leven van jongeren die bij hen langs komen en hieromtrent communiceren. Huisartsen zouden ook meer uitleg moeten geven waarom ze iets doen. Het is namelijk niet de bedoeling dat

participanten naderhand nog op internet moeten zoeken waarom ze bijvoorbeeld een bepaald medicament moeten nemen. Daarnaast was de anonimiteit bij de huisarts noodzakelijk.

“Ik denk dat dat moeilijk is voor sommige mensen of jongeren om daarover te praten tegen je ouders. Dat het misschien via de huisdokter of iets, dat hij daar een keer over begint.” (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

“Ik ga vaak echt achteraf nog op internet dingen gaan opzoeken omdat ik dan toch nog niet helemaal snap waarom ik nu wat moet pakken of zoiets.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

“...maar nu, gelijk ik ga bij een dokterspraktijk met drie jonge vrouwen, dat is je kan daar alles aan vragen en dat is daar wel bespreekbaar...” (Gemengd focusgroepgesprek, 22 april)

Daarenboven zou het drempelverlagend kunnen zijn om naar een studentenarts of andere arts te gaan. Redenen om naar een studentenarts te gaan, waren: dat ze gewoon zijn om te werken met jongeren, dat ze minder vragen stellen, dat ze meer in aanraking komen met vragen rond SOA's, omdat je er snel terecht kan en omwille van de anonimiteit. Zelf gaven studentenartsen aan dat ze merken dat de drempel bij hen vrij laag is en dat er bij hen gemakkelijk gepraat kan worden over SOA's. De grootste reden om te opteren voor een andere huisarts was dat hij/zij de participant en zijn/haar ouders niet kent.

“Ik heb dat niet. Ik voel mij meer op mijn gemak bij iemand die mijn niet gezin kent dan bij iemand die zo mijn achtergrond al weet dan.” (Focusgroepgesprek met vrouwen, 24 april)

In twee groepsgesprekken en door de studentenartsen werd daarnaast gewezen op het belang van het opleiden van huisartsen of hulpverleners. Zaken die van belang konden zijn, waren het trainen van gespreksvaardigheden, bijscholingen geven zodat er sneller gescreend wordt op SOA's en het opleiden van hulpverleners als er bijvoorbeeld beroep gedaan zou worden op de jongerentelefoon. Volgens één studentenarts zal Sensoa bij de volgende actie meer aandacht besteden aan zorgverstrekkers wijzen op het belang van het bespreekbaar maken van het thema.

“Dat zijn zij nu van plan. In de laatste Sensoa vergadering hebben ze het daarover gehad om toch dit jaar dan meer ook ja naar zorgverstrekkers uhm dat op te gooien van dat dat belangrijk is om daarover te spreken. Alles stijgt en uhm bijvoorbeeld ook zou daar een stukje rond orale besmettingen. Dat er ook nog heel weinig aandacht voor is. Dat sommige artsen ook niet dan in het verhaaltje uitzoeken van kan je misschien orale chlamydia hebben ofzo he. Dat ook benadrukt wordt. Ik denk dat er inderdaad bijscholingen en ook gewoon een beetje...” (Studentenartsen, 7 mei)

6.4 De mogelijkheid bieden om zich gratis te laten testen of een terugbetaling te voorzien

Het voorzien van gelegenheden waarop men zich gratis kan laten testen of het voorzien van een terugbetaling kunnen helpend zijn. In Amsterdam kan je je volgens een participant al gratis laten testen. In Zweden bestaat er ook een jongerencentrum waar alles gratis wordt aangeboden. Dit zou aanzetten om zich te laten testen.

“Ja en wel terugbetaling he van de tests, dat het maar 10 cent kost per test ofzo. Maar alle vriend 2,5 euro.

Ik ga nu iets heel erg zeggen maar mensen dat nog altijd onveilige seks zijn armere mensen he denk ik dan hé.” (Gemengd focusgroepgesprek, 2 mei)

“Of misschien zo een dag maken dat je je gratis kan laten testen“ (Focusgroepgesprek met mannen, 5 mei)

6.5 Een specifiek jongerencentrum oprichten

Een specifiek jongerencentrum zou positief zijn en dan vooral voor jongeren die nog maar in het vierde, vijfde of zesde middelbaar zitten. In Zweden bestaat dit al. De participant gaf hierbij aan dat het goed was dat alles daar onder één dak aanwezig was. Enkele participanten zouden zelfs opteren voor een centrum dat zich enkel bezighoudt met SOA's zodat er onbevangen over gepraat kan worden. Iemand gaf aan dat er al zo'n centrum is in Gent. Eén participant bracht hier tegenin dat het dan wel opvalt waarvoor je dat gebouw binnen stapt wat dan opnieuw de drempel kan verhogen.

“Ja ik heb een half jaar stage gelopen daar ik heb dat toen allemaal zo zitten opzoeken en die hadden zo een jongerencentrum en daar kon je voor vanalles terecht maar onder andere was dat ook SOA’s en dat was allemaal gratis, medicatie gratis alles.”
(Focusgroepgesprek met vrouwen, 30 maart)

Discussie

1. Verhouding van resultaten met de doelstelling van het onderzoek

In België werd er nog geen soortgelijk onderzoek uitgevoerd. De doelstelling van het onderzoek was om na te gaan welke barrières jongeren ervaren om zich bij de huisarts te laten testen en of SOA-zelftesten een aanvaardbaar alternatief zouden kunnen zijn. De zes focusgroepgesprekken met 35 jongeren en het gesprek met studentenartsen legden heel wat barrières bloot: taboe, schaamte en angst voor stigmatisering; het ontbreken van symptomen of ze verdringen; onwetendheid en onvoldoende informatie, pijn en fysiek ongemak en praktische barrières. Bovendien kwam uit de focusgroepgesprekken naar voor dat zelftesten een aanvaardbaar alternatief zou kunnen zijn. De testen moeten dan wel betrouwbaar, gebruiksvriendelijk en goedkoop zijn. Daarnaast zagen de jongeren andere alternatieven voor het overkomen van de barrières, zoals: betere preventie en informeren; het bespreekbaar maken met ouders en onder vrienden; de aanpak van de arts; naar een andere arts gaan; een terugbetaling of mogelijkheid tot gratis testen aanbieden en een specifiek jongerencentrum oprichten. De doelstelling van het onderzoek werd bereikt maar het eindresultaat is toch verrassend aangezien wordt aangehaald dat er vooral nog moet ingezet worden op preventie en informatievoorziening. Zelftesten waren volgens sommige participanten zelfs een stap te ver omdat deze niet zouden helpen bij het overkomen van de grootste barrière, het taboe. Bij de start van het onderzoek werd hierbij niet stil gestaan. Doordat er reeds verscheidene campagnes inzetten op preventie en er in scholen informatie wordt gegeven, werd er door de onderzoekers meteen al verder gedacht aan alternatieven om zich laten testen. Tegen de verwachtingen in blijkt dit dus niet noodzakelijk en is de nood op meer informatie al een belangrijke factor om het aantal diagnoses van SOA's te verminderen.

2. Verschillen en overeenkomsten tussen literatuur en eigen onderzoek

2.1 Stijging van risicogedrag

Studentenartsen merkten dat er minder condoomgebruik is onder heteroseksuelen in vergelijking met vroeger. Een reden die studentenartsen hiervoor gaven, was dat de huidige jongeren niet zo geconfronteerd werden met de gevolgen van HIV doordat deze SOA nu onder controle gehouden kan worden. Het blijft echter belangrijk om hierop te blijven focussen want chlamydia kan bijvoorbeeld ook verstreckende gevolgen hebben, namelijk onvruchtbaarheid. Redenen die jongeren aanhaalden, hadden vaak te maken met plezierbeleving. Daarnaast wezen ze op het

verschil tussen kennis en het handelen op het moment zelf. Om het condoomgebruik te verhogen bij jongeren zal er dus meer nodig zijn dan enkel informeren. Daarenboven werd, net zoals in de literatuur (Richard & Van der Pligt, 1991; Taylor et al., 2007), aangehaald dat de risicoperceptie bij jongeren soms onterecht lager is in een vaste relatie. Een reden hiervoor kan zijn dat een relatie gebaseerd is op vertrouwen. Men gaat niet uit van mogelijk bedrog of het achterhouden van het hebben van een SOA. Jongeren er op wijzen dat ze in een vaste relatie niet noodzakelijk vrij zijn van SOA's zal dus belangrijk zijn. Naast het meer focussen op preventie, zal het dus van belang zijn om te zoeken naar mogelijkheden om de barrières bij de huisarts te overkomen. Het stellen van meer risicogedrag kan er namelijk voor zorgen dat het aantal diagnoses stijgt waardoor het belang van het zich laten testen toeneemt. Zelftesten zijn een voorbeeld hiervan. Zoals uit dit onderzoek naar voor kwam, zal het noodzakelijk zijn om in toekomst ook andere mogelijkheden te achterhalen.

Volgens studentenartsen zou er daarnaast meer aandacht moeten zijn voor orale besmettingen, meer bepaald orale chlamydia. Aangezien er al een dalende trend is in het condoomgebruik is de kans klein dat jongeren bij orale contacten zullen denken aan het gebruik van bescherming. Daarnaast komt het nu waarschijnlijk nooit aan bod bij seksuele voorlichting waardoor jongeren daar minder bij stil staan. Dit kwam in de literatuur niet naar voor doordat er vaak geen onderscheid wordt gemaakt tussen orale, anale en vaginale betrekkingen bij seksuele contacten. Zoals de studentenartsen opmerkten, zal het in de toekomst dus belangrijk zijn om rond orale besmettingen wetenschappelijk onderzoek uit te voeren.

2.2 Barrières om naar de huisarts te gaan

Op vlak van barrières bevestigde dit onderzoek grotendeels de bestaande literatuur. Eén van de belangrijkste barrières voor het testen op SOA's blijft zo het gebrek aan kennis (Canin, Dolcini & Adler, 1999; Dehne & Riedner, 2005; Goldenberg, Shoveller, Koehoorn & Ostry, 2008; Kellerman et al., 2002). Ook studentenartsen wezen op het gebrek aan kennis. Een aanvulling op de literatuur was hierbij dat kennis sterk individueel verschillend is. De informatie die verspreid wordt, zou meer gestandaardiseerd moeten worden. Daarnaast kenden jongeren vaak wel de basis. De leemtes die jongeren ervoeren, kwamen daarentegen weer overeen met de literatuur. Kennisvermeerdering bij jongeren blijft dus van belang. Hierbij moet er vooral aandacht zijn voor de manier waarop informatie wordt gebracht in scholen. Nu wordt er vaak te veel gefocust op de negatieve kanten

van seksuele contacten terwijl er veel meer zou moeten stilgestaan worden bij de relationele aspecten. In beide werden daarnaast taboe, schaamte en stigmatisering; pijn en fysiek ongemak; angst voor het resultaat; zich niet als vatbaar zien; het niet hebben van symptomen en praktische barrières vernoemd. Er waren echter enkele kleine verschillen met de literatuur.

Vrouwen gaven, in tegenstelling tot onderzoeken van Brunnekreef (2015); Hoyo et al. (2005) en Tebb, Paukku, Pai-Dhungat, Gyamfi & Shafer (2004), aan dat pijn tijdens een uitstrijkje geen drempel vormde. De meeste vrouwelijke participanten ondergingen reeds een gynaecologisch onderzoek, wat kan maken dat zij daar anders tegenover stonden. Het kan dus helpen om jongeren actief aan te zetten om zich eens te laten onderzoeken zodat ze weten wat ze bij zo'n testen kunnen verwachten. Op vlak van praktische barrières kwam vooral tijd naar voor veeleer dan locatie terwijl dit in de literatuur als even belangrijk werd beschouwd. Gent, waar participanten wonen of studeren, is namelijk een grote stad met veel voorzieningen waar de afstand met de fiets relatief is. Het blijft dus interessant om aandacht te besteden aan de locatie want uit dit onderzoek blijkt dat het wonen in een stad een voordeel is.

Als laatste werd in de gesprekken gewezen op het belang van het in rekening brengen van de leeftijd van jongeren. Volgens de meeste participanten zouden jongere jongeren vaker bovenstaande barrières ervaren. Dit kan te maken hebben met het feit dat jongeren vaak nog onder de hoede van hun ouders leven. De meeste jongeren die deelnamen gaven aan dat zij wel naar de huisarts zouden gaan. Het taboe die heerst omtrent SOA's speelde bij hen waarschijnlijk minder en zij zijn reeds minder afhankelijk van hun ouders. Dit staat in contrast met het onderzoek van Dehne & Riedner (2005) waarin werd aangegeven dat jongeren nood hebben aan diensten op hun maat omdat ze door het huidige systeem wereldwijd niet bereikt worden omwille van de hierboven reeds vermelde barrières. Deze bevinding toont aan dat de interventies voor jongeren moeten afgestemd worden op hun leeftijd, indien ze hun doel willen bereiken.

2.3 Zelftesten als mogelijkheid om de barrières te overkomen

2.3.1 Invoering van zelftesten

Net zoals in de literatuur was er in de gesprekken verdeeldheid omtrent de invoering van zelftesten.

Voordelen van zelftesten die in beide door voorstanders werden aangehaald, waren: minder pijn en fysiek ongemak, het gevoel van controle, meer privacy en anonimiteit, het overkomen van schaamte, de gebruiksvriendelijkheid en praktische voordelen. Nadelen die in beide naar voor kwamen, waren: de betrouwbaarheid van het resultaat, fysiek ongemak, mogelijke toename van risicogedrag en afwezigheid en/of gebrek aan opvolging door een zorgverlener (Carballo-Diéguez, Frasca, Balan, Ibitoye & Dolezal, 2012; Cook & Clark, 2005 ; Dzuba et al., 2002; Hurt & Powers, 2014; Johnson et al., 2002; Kahn et al.; 2005; Llewellyn, Pollard, Smith & Fisher, 2009; Owens et al., 2010; Serlin et al., 2002; Tebb, Pauku, Pai-Dhungat, Gyamfi & Shafer, 2004; Tucker, Bien & Peeling, 2013; Wayal et al., 2009; Wiesenfeld et al., 2000; Wright & Katz, 2006). In de gesprekken werden bepaalde voor- en nadelen uit de literatuur niet vermeld en werden bijkomende voor- en nadelen geïdentificeerd. Een mogelijke uitleg hiervoor is dat er nog weinig onderzoek werd gedaan naar SOA-zelftesten waardoor er nog geen consensus is op vlak van voor- en nadelen. Naar wat de meerwaarde kan zijn van zelftesten moet er dus nog verder onderzoek gebeuren.

Het minder vertrouwen hebben in het goed uitvoeren van de zelftesten, dat naar voor kwam in onderzoek van Kahn et al. (2005) en Serlin et al. (2002), werd niet bevestigd in dit onderzoek. Participanten zagen jongeren wel capabel om een zelftest thuis uit te voeren als deze voorzien zijn van een goede bijsluiter. Studentenartsen zagen ook weinig problemen bij de technische uitvoering van zelftesten. Mogelijke verklaringen voor het feit dat de participanten jongeren daartoe wel capabel zagen, zijn dat sommige participanten een opleiding in de zorg hadden en dat alle participanten gezien hun leeftijd en achtergrond voldoende zelfstandigheid hadden om zelf zo'n test af te nemen waardoor ze andere jongeren daartoe ook capabel zagen. Moesten er jongeren bevraagd worden met een andere achtergrond of scholing zou deze barrière wel kunnen naar voor komen, dus mag er niet van uitgegaan worden dat deze barrière niet speelt bij jongeren. De nood aan opvolging, wat in onderzoek van Hurt & Powers (2014) en Kahn et. al (2005) wordt aangehaald, werd in mindere mate benadrukt door jongeren. Een verklaring die jongeren zelf voor gaven, was dat het nut van zelftesten om de barrières te overkomen wegvalt als je opnieuw een zorgverlener betreft. Een andere reden hiervoor kan zijn dat participanten er vanuit gaan dat jongeren bij een positieve test zelf de stap zetten naar de huisarts. De participanten zagen het belang in van het gaan naar een huisarts als een test positief zou zijn. Er mag echter niet van uit gegaan worden dat iedere jongere dit zal inzien. Studentenartsen haalden namelijk aan dat het volgens hen

gevaarlijk is om testen los van de praktijk aan te bieden. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat zij in hun praktijk nu vaak al merken dat jongeren niet begrijpen wat ze zeggen en ze de informatie dus vaak moeten herformuleren. Er zal dus wel een oplossing moeten gevonden worden om aan beiden tegemoet te komen. Een oplossing die studentenartsen aangeven is het zelf ter beschikking stellen van de zelftesten.

Daarnaast waren er bijkomende voor- en nadelen. Een bijkomend voordeel was onmiddellijke geruststelling. Bijkomende nadelen waren: de mogelijkheid om betrappt te worden door anderen bij de aankoop, de aflevering of uitvoering van de test; een te hoge kostprijs; het feit dat er momenteel nog geen pakket is met alle testen voor SOA's en het feit dat men naderhand nog naar de dokter moet. Het bijkomend voordeel hangt samen met gebruiksvriendelijkheid, wat wel werd vermeld in de literatuur en is dus vooral een aanvulling daar op. Het aankopen van de test die als drempel werd vermeld, kan te maken hebben met de ervaring die sommige participanten al hebben met het aankopen van condooms of andere voorbehoedsmiddelen. Zij kunnen zo zelf ervaren hebben dat het niet evident is om zo'n testen aan te kopen. Het feit dat jongeren in de gesprekken aanhaalden dat er eerst een pakket zou moeten bestaan waarmee alle meest voorkomende SOA's kunnen getest worden, werd in eerste instantie niet expliciet bevestigd. Het kwam op het eind van een gesprek toevallig te sprake. Dit zal waarschijnlijk ook het geval zijn in de literatuur omdat dit niet iets is waar je standaard bij stil staat. Het blijkt echter wel belangrijk te zijn om zelftesten gebruiksvriendelijk en dus laagdrempelig te maken.

Als laatste bleek uit de literatuur dat vooral de zelftesten die via het laboratorium gaan al gebruikt worden, terwijl participanten doe-het-zelftesten interessanter vonden (Pars & van Bergen, 2013; Tucker, Bien & Peeling, 2013). Vooraleer zelftesten nuttig zouden zijn om meer jongeren te bereiken, moet er dus eerst een betrouwbare doe-het-zelftest op de markt komen in België.

2.3.2 De modaliteiten van zelftesten

De modaliteiten die uit interviews blijken, zijn redelijk gelijklopend met wat momenteel volgens de literatuur reeds verkrijgbaar is qua zelftesten.

Eerst en vooral moet bekend gemaakt worden dat zelftesten bestaan. Als jongeren niet op de hoogte zijn van het bestaan van zelftesten zullen ze deze niet gebruiken en heeft het geen zin om zelftesten in te voeren. De manier van bekend maken verschilde tussen de interviews en de literatuur. Volgens onderzoek van Blake, Kearney, Oakes, Druker & Bibace (2003) kan de bekenmaking het best gebeuren via reclame, tijdschriften, programma's, aankondigen bij opera's en sportevenementen, discussies tijdens lessen, het organiseren van een festival of feest, het promoten op een gezondheidsdag, een show in een winkelcentrum of folders en affiches in jongerencentra. De participanten gaven als beste kanalen: uitleg geven in scholen, campagnes opzetten en via een website of nieuwssites.

De plaatsen die voornamelijk werden aangehaald om de zelftesten aan te schaffen zijn internet en winkels. In de interviews werd ook het gebruik van automaten vernoemd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er in Gent verscheidene condoomautomaten terug te vinden zijn. Uit de literatuur blijkt dat er in Amerika en Nederland soms zelftesten in ziekenhuizen ter beschikking gesteld worden. Deze mogelijkheid kwam niet naar voor in de interviews. Dit kan te maken hebben met het feit dat jongeren naar de huisarts gelijk stellen aan een ziekenhuis. Hierdoor ervaren ze mogelijk dezelfde barrières bij het gaan naar een arts als bij het gaan naar het ziekenhuis (Pars & van Bergen, 2013; Tucker, Bien & Peeling, 2013).

Jongeren kozen er voor om de zelftesten, die nog via het laboratorium gaan, via de post terug op te sturen. Het resultaat wilden jongeren liefst telefonisch of via e-mail te horen krijgen. Deze voorkeuren komen overeen met hoe het nu reeds gebeurt in Nederland en Amerika (Pars & van Bergen, 2013; Tucker, Bien & Peeling, 2013). Bij het aanbieden van SOA-zelftesten zal dus vooral de anonimiteit in rekening moeten gebracht worden.

Op vlak van inhoud van het pakket was niet veel te vinden in de literatuur. Momenteel staan zelftesten nog niet op punt wat maakt dat er nog niet veel geweten is omtrent inhoud van de pakketten. Het enige dat werd aangehaald, was dat er geïllustreerde instructies voorzien moeten worden (Tucker, Bien & Peeling, 2013; Wayal et al., 2009). Dit kwam ook naar voor in de gesprekken maar jongeren noemden nog verscheidene andere zaken op die aanwezig moeten zijn, namelijk: een overzicht van alle mogelijke SOA's en bijhorende testen en benodigdheden. Jongeren hebben slechts een basiskennis en hebben dus baat bij een volledig overzicht. Waarom

benodigdheden niet werden aangehaald in de literatuur, is misschien omdat dit voor velen vanzelfsprekend lijkt dat die in het pakket zitten. Het is wel belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan wat er aanwezig moet zijn zodat jongeren niet moeten zoeken naar benodigdheden.

Daarnaast is de kostprijs van belang. In de interviews waren jongeren bereid meer te betalen dan wat blijkt uit onderzoek van Wright & Katz (2006). In het Amerikaans onderzoek wou men maximaal 15 dollar betalen, ongeveer 14,60 euro. Het maximumbedrag dat participanten wouden betalen, is 25 euro. Dit komt overeen met wat men moet betalen voor een consultatie bij een huisarts. Jongeren die deelnamen aan het onderzoek stonden er waarschijnlijk financieel beter voor dan jongeren in het middelbaar. Mogelijke redenen hiervoor kunnen zijn: het feit dat men al werkt of het feit dat men vakantiejob of weekendwerk doet. Daarnaast hebben de participanten vrijheid aangezien de meeste op kot zitten of alleen wonen. In de gesprekken werd hieromtrent aangehaald dat de participanten het minder vanzelfsprekend zouden gevonden hebben om een zelftest te kopen als ze jonger waren. Voor jongere jongeren zullen er dus andere oplossingen moeten gezocht worden opdat ze zich meer zouden laten testen. Het gratis aanbieden van testen of het systematisch screenen kunnen bijvoorbeeld en meerwaarde zijn.

2.4 Andere mogelijkheden om de barrières te overkomen

Participanten somden verschillende mogelijkheden naast SOA-zelftesten op om de barrières bij de huisarts te overkomen. Hierop werd niet ingegaan in de literatuurstudie aangezien dit geen hoofddoel was van het onderzoek. Desondanks kan het wel interessant zijn om hierbij stil te staan omdat sommige jongeren spontaan aangeven dat deze zaken belangrijker kunnen zijn dan het aanbieden van zelftesten. Een reden die hiervoor werd aangehaald, was dat zelftesten het taboe niet aanpakken die nog heerst rond SOA's. Mogelijkheden waren: preventie en informatievoorziening, het bespreekbaar maken onder vrienden en met ouders; de aanpak van de arts of de keuze voor een andere huisarts of studentenarts; gratis testmomenten of terugbetaling voorzien en een specifiek jongerencentrum oprichten.

Volgens participanten was de voornaamste focus om taboe aan te pakken: preventie en informatievoorziening. Zij gaven vooral een gebrekkige toegang tot kennis aan als probleem. Er zijn reeds campagnes van Sensoa die zich focussen op deze leeftijdscategorie maar blijkbaar

bereiken deze het doelpubliek niet voldoende. Deze campagnes bereiken mogelijks de jongeren niet omdat ze niet zichtbaar zijn op locaties waar jongeren vaak komen. Concreet zou er volgens hen dus meer informatie verspreid moeten worden op hogescholen en universiteiten, omdat de meeste jongeren dan seksueel actief zijn of worden. Daarnaast was het belangrijk dat informatie wordt gestandaardiseerd zodat iedereen op school de uitleg krijgt over SOA's, terwijl dit nu niet altijd het geval is. Als jongeren meer geïnformeerd worden op school kan het zijn dat zij later ook openlijker kunnen praten met hun kinderen over SOA's. Hierdoor kan het zijn dat SOA's in de toekomst bespreekbaarder worden. De nood aan preventie en informatie is daarenboven waarschijnlijk nog groter bij jongeren die niet deelnamen aan de interviews. Een deelnemer merkte namelijk terecht op dat zij als participanten aan het onderzoek al een groep zijn die bereid zijn om over SOA's te praten.

Naast bovenstaande mogelijkheden merkten participanten op dat het medisch onderzoek en het geven van bloed goede pistes kunnen zijn. Studentenartsen gaven echter aan dat dit niet verantwoord zou zijn. Een reden die zij aanhaalden, was dat jongeren nog te jong zijn bij het medisch onderzoek. Bij het promoten van bloed geven om te achterhalen of men een SOA heeft, werd gewezen op het feit dat er dan meer bloed onbruikbaar zal zijn, wat voor meer kosten zorgt. Bij het inzetten op het medisch onderzoek is het wel zo dat het interessant kan zijn dat jongeren dan al eens een eerste kennismaking hebben met het zich laten testen op SOA's. Zoals eerder al bleek, kan het namelijk helpen als je al eens een gynaecologisch onderzoek hebt ondergaan. Aangezien jongens via deze piste minder worden bereikt, kan het voor hen wel een extra meerwaarde zijn als ze er al eens mee in contact komen op het medisch onderzoek. Bloedtesten daarentegen zijn inderdaad niet efficiënt aangezien er ook niet op alle SOA's wordt getest dan, wat opnieuw een vals gevoel van veiligheid kan creëren.

3. Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Sterktes van het onderzoek waren: dat er nog geen soortgelijk onderzoek werd uitgevoerd in België, dat er naast jongeren studentenartsen werden bevraagd, dat er een brede doelgroep kon bereikt worden en dat de gebruikte methodologie een meerwaarde was.

Eerst en vooral werd nog geen soortgelijk onderzoek uitgevoerd in België. Dit onderzoek kan daardoor een startpunt zijn voor verder onderzoek.

De brede aanpak die bij dit onderzoek gebruikt werd, is echter het sterkste punt. Zo werden zowel gesprekken met studentenartsen als jongvolwassenen gevoerd om verschillende meningen te genereren. Door de gesprekken met de studentenartsen kon daarenboven de haalbaarheid nagegaan worden van wat de jongeren voorstelden. Daarnaast waren er participanten vertegenwoordigd van verschillende leeftijden en diverse achtergronden. Dit zorgde er voor dat participanten in de meeste gesprekken op elkaar in gingen en elkaar zo aanvulden.

De sterkte van kwalitatief onderzoek is dat deze manier van dataverzameling rijkere data kan opleveren dan kwantitatief onderzoek doordat er dieper op vragen kan ingegaan worden. Uit de focusgroepgesprekken konden er zo diverse inzichten verworven worden, wat heel veel informatie opleverde die essentieel was om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Enkele zwaktes van het onderzoek waren daarentegen: dat de studentenartsen pas na de focusgroepgesprekken met jongeren werden geïnterviewd, dat er enkel werd gefocust op heteroseksuelen, dat er geen rekening werd gehouden met jongeren die reeds naar de huisarts zouden gaan en dat er mogelijks sprake is van een selectiebias.

Het betrekken van studentenartsen was een groot pluspunt maar het gesprek had beter plaatsgevonden voor de andere focusgroepgesprekken zodat de informatie kon meegenomen worden in de interviewgide van de jongeren.

Een tweede zwak punt is dat er enkel werd gefocust op heteroseksuelen terwijl holebi's mogelijks een andere visie kunnen hebben omtrent het thema.

Een andere zwakte is dat er niet werd nagegaan of de invoering van zelftesten een invloed zou kunnen hebben op jongeren die wel naar de huisarts zouden gaan om zich te laten testen. Door de invoering van de zelftesten zou het kunnen zijn dat deze groep misschien overschakelt naar zelftesten waar de kans op een vals negatief resultaat groter is dan de testen bij de huisarts. Dit kan een nefaste invloed hebben op de verspreiding van SOA's.

Als laatste is er mogelijks sprake van een selectiebias. De jongeren die deelnamen hadden er al geen moeite mee om over SOA's te praten waardoor één van de grootste barrières, het taboe, minder op de voorgrond kwam. Dit kan de resultaten vertekenen in vergelijking met de doelgroep jongeren in het algemeen waar deze barrière waarschijnlijk meer speelt.

Conclusies en aanbevelingen voor verder onderzoek

Uit de literatuur en het eigen onderzoek komen verschillende zaken naar voor. Deze worden hier even op een rij gezet. Daarnaast worden enkele aanbevelingen geformuleerd voor verder onderzoek.

Het blijft vooral belangrijk om SOA's nog meer uit de taboesfeer te halen veeleer dan te focussen op alternatieven, zoals het invoeren van zelftesten. Studentenartsen gaven hierbij ook aan dat er opgelet moet worden met het verlagen van de drempel omdat dit ten koste kan gaan van de kwaliteit van de zorgverlening. Om het taboe te overkomen, bleek vooral informatievoorziening en preventie van belang. Ondanks de campagnes die reeds bestaan, bleek namelijk dat de kennis die jongeren bezitten heel verschillend is. Participanten vonden het belangrijk dat de informatie nog meer gestandaardiseerd wordt. Daarnaast moet er in het middelbaar dieper en op een andere manier ingegaan worden op SOA's. Momenteel wordt er in de lessen seksuele voorlichting te veel gefocust op de negatieve kanten van seksuele contacten of komen SOA's soms zelfs niet aan bod. Zaken waar meer aandacht voor zou moeten zijn, zijn: de relationele aspecten van geslachtsgemeenschap, hoe men SOA's kan herkennen, het feit dat SOA's asymptomatisch kunnen zijn, hoe en waar men zich kan laten testen, de mogelijke gevolgen van SOA's en hoe men zich kan laten behandelen en wat dit inhoudt. Daarenboven zou deze informatievoorziening moeten verder gezet worden aan de hogescholen en universiteiten, wat nu niet het geval is. Een andere piste die meer benut zou moeten worden, zijn de consultaties bij huisartsen en gynaecologen. Zij zouden extra opgeleid moeten worden zodat zij tijdens deze consultaties met jongeren kunnen communiceren over SOA's. Door hierop in te zetten, kan het zijn dat patiënten later met hun kinderen ook openlijker praten over SOA's waardoor het taboe mogelijks wel afneemt.

Indien zelftesten toch zouden worden aangeboden, dienen ze te voldoen aan een aantal voorwaarden. De voorkeur van jongeren zou vooral uitgaan naar doe-het-zelftesten. Dit zijn testen waarbij zowel de staalafname als het analyseren ervan door de jongere zelf gebeurt. Hierbij geven jongeren aan dat er dan eerst een betrouwbare test op de markt in België zou moeten aangeboden worden. Er wordt hierbij aangehaald dat jongeren capabel zijn om een zelftest uit te voeren als deze testen voorzien worden van een goede, geïllustreerde bijsluiters. Uiteraard is het dan belangrijk dat het bestaan van deze testen bekend gemaakt wordt. De testen worden ook best op zoveel mogelijk plaatsen aangeboden. Mogelijke plaatsen zijn: winkels, internet, automaten en in de apotheek.

Volgens studentenartsen mogen de testen niet los aangeboden worden van de artsenpraktijk. Zij wijzen hierbij vooral op het belang van opvolging omdat zij merken dat jongeren de uitleg die ze van een arts krijgen nu reeds niet altijd begrijpen. Als de uitleg dan enkel wordt meegegeven in een bijsluiter is dit volgens hen niet verantwoord.

Om af te sluiten worden nog enkele aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek geformuleerd. Zoals uit voorgaande blijkt, moet er nog meer ingezet worden op preventie en informatievoorziening. Hierbij wordt er best gefocust op het middelbaar en de hogeschool of universiteit. Daarnaast moeten huisartsen meer opgeleid worden zodat er in een consultatie met een jongere probleemloos over SOA's gesproken kan worden.

Op vlak van verder onderzoek kan het interessant zijn om na te gaan wat de gevolgen kunnen zijn van de invoering van SOA-zelftesten voor het huidige systeem. Daarnaast kan de meerwaarde van zelftesten aanbieden bij de huisarts of studentenarts nagegaan worden. Nu werd er namelijk vooral gefocust op het aanbieden van zelftesten los van de hulpverlening. Als laatste kan het ook interessant zijn om andere mogelijkheden, buiten zelftesten, te achterhalen.

Referenties

- Aral, S.O. & Ward, H. (2005). Modern day influences on sexual behavior. *Infectious disease clinics of North America*, 19, 297-309.
- Aral, S.O.; Soskoline, V.; Joesoef, R.M. & O'Reilly, K.R. (1991). Sex partner recruitment as risk factor for STD: Clustering of risky modes. *Sexually transmitted diseases*, 18 (1), 10-17.
- Bearinger, L.H.; Sieving, R.E.; Ferguson, J. & Sharma, V. (2007). Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *The lancet*, 369, 1220-1229.
- Beel, V. (2013, 8 februari). Grootschalig sexpert-onderzoek peilt naar seks- en relatieleven: Dit doen Vlamingen tussen de lakens (of in het bos). *De Standaard*, 8-9.
- Black, C.M. (1997). Current methods of laboratory diagnosis of chlamydia trachomatis infections. *Clinical microbiology reviews*, 10(1), 160-184.
- Blake, D.R.; Kearney, M.H.; Oakes, M.; Druker, S.K. & Bibace, R. (2003). Improving participation in chlamydia screening programs: Perspectives of high-risk youth. *Pediatrics & adolescent medicine*, 157 (6), 523-529.
- Bovijn, K.; Avonts, D.; van Middelem, L.; Terryn, M. & Ghillebert, M. (2010). Opsporing en follow-up van soa in de huisartsenpraktijk: Hoe de kwaliteit van het soa-consult verbeteren?. *Huisarts nu*, 39 (1), 26-29.
- Brosius, I. (2012). *De rol van de huisarts in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen: Een evidence-based werkmudel*. (ongepubliceerde masterproef). Universiteit Antwerpen, Antwerpen.
- Brunnekreef, C. (2012). *Swingers, soa-testen en partnerwaarschuwing*. (ongepubliceerde masterproef). Universiteit Twente, Enschede.

- Bryan, A.D.; Aiken, L.S. & West, S.G. (1997). Young women's condom use: the influence of acceptance of sexuality, control over the sexual encounter and perceived susceptibility to common STDs. *Health Psychology, 16* (5), 468-479.
- Buysse, A.; Caen, M.; Dewaele, A.; Enzlin, P.; Lievens, J.; T'Sjoen, G.; ... Vermeersch, H. (2013). *Seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Gent: Academia Press.
- Canin, L.; Dolcini, M.M. & Adler, N.E. (1999). Barriers to and facilitators of HIV-STD behavior change: intrapersonal and relationship-based factors. *Review of general psychology, 3* (4), 338-371.
- Carballo-Diéguez, A.; Frasca, T.; Balan, I.; Ibitoye, M. & Dolezal, C. (2012). Use of a rapid HIV home test prevents HIV exposure in a high risk sample of men who have sex with men. *AIDS behavior, 16*, 1753-1760.
- Carter, J.W.; Hart-Cooper, G.D.; Butler, M.O.; Workowski, K.A. & Hoover, K.W. (2014). Provider barriers prevent recommended sexually transmitted disease screening of HIV-infected men who have sex with men. *Sexually transmitted diseases, 41*(2), 137-142.
- Chakrapni, V.; Newman, P.A.; Shunmugam, M. & Dubrow, M.D. Prevalence and contexts of inconsistent condom use among heterosexual men and women living with HIV in India: implications for prevention. (2010). *AIDS Patient Care STDS, 24* (1), 49-58.
- Clark, L.R., Jackson, M. & Allen-Taylor, L. (2002). Adolescent knowledge about sexually transmitted diseases, *Sexually transmitted diseases, 29* (8), 436-443.
- Comer, L.K. & Nemeroff, C.J. (2000). Blurring emotional safety with physical safety in aids and std risk estimations: The casual/regular partner distinction. *Journal of applied social psychology, 30* (12), 2467-2490.

- Cook, R.L. & Clark, B.C. (2005). Is there an association between alcohol consumption and sexually transmitted diseases?: A systematic review, *Sexually transmitted diseases*, 32(3), 156-164.
- Crosby, R.A.; Yarber, W.L. & Meyerson, B. (1999). Perceived monogamy and type of clinic as barriers to seeking care for suspected std or hiv infection: Results from a brief survey of low-income women attending women, infants and children (WIC) clinics in Missouri. *Sexually transmitted diseases*, 26 (7), 399-403.
- Curran, J.W.; Rendtorff, R.C.; Chandler, R.W.; Wiser, W.L.; Facog & Robinson, H. (1975). Female Gonorrhea: Its relation to abnormal uterine bleeding, urinary tract symptoms, and cervicitis. *Obstetrics and gynecology*, 45(2), 195-198.
- Dalewyn, L. (2013). *Management van SOA patiënten: vroegtijdige diagnose en opvolging*. (ongepubliceerde masterproef). Universiteit Gent, Gent.
- Da Ros, C. & Schmitt, D.C. (2008). Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Asian journal of andrology*, 10 (1), 110-114.
- de Bakker, S. (2013). *Wat houdt de huisarts tegen om de seksuele gezondheid met jongeren te bespreken?* (ongepubliceerde masterproef). Universiteit Leiden, Leiden.
- De Cock, K.M.; Jaffe, H.W. & Curran, J.W. (2012). The evolving epidemiology of HIV/AIDS *AIDS*, 26 (10), 1205-1213.
- Degryse, B. & De Schutter, L. (2013). *SOS SOA lespakket over soa's en leven met hiv* [lespakket]. Opgehaald op 10 maart, 2015 van: http://www.seksuelevorming.be/sites/default/files/digitaal_materiaal/sossoa2013sensoa.pdf
- De blonde, J.; De Koker, P.; Hamers, F.F.; Fontaine, J.; Luchters, S. & Temmerman M. (2010).

Barriers to HIV testing in Europe: A systematic review. *European journal of public health*, 20 (4), 422-432.

Devisch, I. (2013). *Ziek van gezondheid: Voor elk probleem een pil?*. Antwerpen: De bezige bij.

De Wit, J.B.F. & Adam, P.C.G. (2008). To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *HIV medicine*, 9 (2), 20-22.

Diclemente, R.J. & Crosby, R.A. (2006). *Preventing sexually transmitted infections among adolescents: 'the glass is half full'*, 19(1), 39-43.

Diclemente, R.J.; Crosby, R.A. & Salazar, L.F. (2006). Family influences on adolescents' sexual health: synthesis of the research and implications for clinical practice. *Current pediatric reviews*, 2 (4), 369-373.

Dzuba, I.G.; Diaz, E.Y.; Allen, B.; Leonard, Y.F., Lazcano Ponce, E.C.; Shah, K.V.; ... Salmerón, J. (2002). The acceptability of self-collected samples for HPV testing vs. the pap test as alternatives in cervical cancer screening. *Journal of women's health and gender-based medicine*, 11, 265-274.

ECDC & WHO. (2012). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2011*. Stockholm: ECDC.

Epstein, M.; Bailey, J.A.; Manhart, L.E.; Hill, K.G. & Hawkins, J.D. (2014). Sexual risk behavior in young adulthood: broadening the scope beyond early sexual initiation. *The journal of sex research*, 51 (7), 721-730.

Fenton, K.A. & Lowndes, C.M.(2004). Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sexually transmitted infections*, 80, 255-263.

Fortenberry, J.D. (1998). Alcohol, drugs, and std/hiv risk among adolescents. *Aids patient care and std's*, 12 (10), 783-786.

- Fortenberry, D.F.; McFarlane, M.; Bleakley, A.; Bull, S.; Fishbein, M.; Grimley, D.M.; ... Stoner, B.P. (2002). Relationships of stigma and shame to gonorrhoea and HIV screening. *Research and practice*, 92 (3), 378-381.
- Fraser, G.; Hrubá, F.; Quinton, C. & Albu, C. (2013). *Annual epidemiological report: reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data* [rapport]. Opgehaald op 15 februari, 2015 van <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2012.pdf#page=51>
- Goldenberg, S., Shoveller, J., Koehoorn, M. & Ostry, A. (2008). Barriers to STI testing among youth in a Canadian oil and gas community. *Health & Place*, 14, 718-729.
- Goldstein, M.A. & Gupta, N. (2014). *The mass general hospital for children handbook of pediatric global health*, Springer: New York.
- Goyal, M.K.; Witt, R.; Hayes, K.L.; Zaoutis, T.E. & Gerber, J.S. (2014). Clinician adherence to recommendations for screening of adolescents for sexual activity and sexually transmitted infection/human immunodeficiency virus. *The journal of pediatrics*, 165(2), 343-347.
- Guillaume, L. (2014, 11 augustus). Wat je moet weten over soa's. *Goed gevoel*, Opgehaald op 26 maart, 2015 van <http://www.goedgevoel.be/gg/nl/10/Seks-en-relaties/article/detail/1986363/2014/08/11/Wat-je-moet-weten-over-soa-s.dhtml>
- Haley, N.; Maheux, B.; Rivard, M. & Gervais, A. (1999). Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists?. *American journal of public health*, 89 (6), 899-902.
- Hocking, J.S.; Parker, R.M.; Pavlin, N.; Fairley, C.K. & Gunn, J.M. (2008). What needs to change to increase chlamydia screening in general practice in Australia?: The views of general practitioners. *BMC public health*, 8 (425), 1-8.

- Hock-Long, L.; Herceg-Baron, R.; Cassidy, A. & Whittaker, P.G. (2003). Access to adolescent reproductive health services: Financial and structural barriers to care. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 35 (3), 144-147.
- Hoyo, C.; Yamall, K.S.H.; Skinner, C.S., Moorman, P.G.; Seller, D. & Reid, L. (2005). Pain predicts non-adherence to pap smear screening among middle-aged African American women. *Preventive medicine*, 41, 439-445.
- Hurt, C.B. & Powers, K.A. (2014). Self-testing for HIV and its impacts on public health. *Sexually transmitted diseases*, 41 (1), 10-12.
- Idele, P.; Gillespie, A.; Porth, T.; Suzuki, C.; Mahy, M., Kasedde, S. & Luo, C. (2014). Epidemiology of HIV and aids among adolescents: current status, inequities, and data gaps. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 66 (2), 144-153.
- Johnson, R.E.; Newhall, W.J.; Papp, J.R.; Knapp, J.S.; Black, C.M.; Gift, T.L.; ... Berman, S.M. (2002). *Screening tests to detect chlamydia trachomatis and neisseria gonorrhoea infections* [Rapport]. Opgehaald op 7 april, 2015 van <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5115a1.htm>
- Kahn, J.A.; Bernstein, D.I.; Rosenthal, S.L.; Huang, B.; Kollar, L.M.; Colyer, J.L.; ... Slap, G.B. (2005). Acceptability of human papillomavirus self testing in female adolescents. *Sexually transmitted infections*, 81, 408-414.
- Kaestle, C.E.; Halpern, C.T.; Miller, W.C. & Ford, C.A. (2005). Young age at first sexual intercourse and sexually transmitted infections in adolescents and young adults. *American journal of epidemiology*, 161 (8), 774-780.
- Kellerman, S.E., Lehman, J.S., Lansky, A., Stevens, M.R., Hecht, F.M., Bindman, A.B. & Wortley,

- P.M. (2002). HIV testing within at-risk populations in the United States and reasons for seeking or avoiding HIV testing. *Journal of acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31(2), 202-210.
- Labrie, J; Earleywine, M.; Schiffman, J.; Pedersen, E. & Marriot, C. (2005). Effects of alcohol, expectancies, and partner type on condom use in college males: Event-level analyses. *The journal of sex research*, 42 (3), 259-266.
- Lichtenstein, B. (2003). Stigma as a barrier to treatment of sexually transmitted infection in the American deep south: issues of race, gender and poverty. *Social science & medicine*, 57, 2435-2445.
- Llewellyn, C.; Pollard, A.; Smith, H. & Fisher, M. (2009). Are home sampling kits for sexually transmitted infections acceptable among men who have sex with men?. *Journal of health services research and policy*, 14 (1), 35-43.
- Lui, G.; Hariri, S.; Bradley, H.; Gottlieb, S.L.; Leichliter, J.S. & Markowitz, L.E. (2015). Trends and patterns of sexual behaviors among adolescents and adults aged 14 to 59 years, United States. *Sexually transmitted diseases*, 42 (1), 20-26.
- Lyss, S.B.; Branson, B.M.; Kroc, K.A.; Couture, E.F; Newman, D.R & Weinstein, RA. (2007). Detecting unsuspected HIV infection with a rapid whole-blood HIV test in an urban emergency department. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 44 (4), 435-442.
- Mabey, D. (2014). Epidemiology of sexually transmitted infections: worldwide. *Medicine*, 42(6), 287-290.
- Manhart, L.E. & Koutsky, L.A. (2002). Do condoms prevent genital HPV infection, external genital warts, or cervical neoplasia?: a meta-analysis. *Sexually transmitted diseases*, 29(11), 725-735.

- Markle, W.; Conti, S. & Kad, M. (2013). Sexually transmitted diseases, *Primary care clinic office practice*, 40, 557-587.
- Mayor, M.T.; Roett, M.A. & Uduhiri, K.A. (2012). Diagnosis and management of gonococcal infections. *American family physician*, 86 (10), 931-938.
- Mimiaga, M.J.; Reisner, S.L.; Bland, S.; Skeer, M.; Cranston, K.; Isenberg, D.; ... Mayer, K.H. (2009). *AIDS patient care and STDs*, 23 (10), 825-833.
- Munoz, N.; Bosch, X.; de Sanjosé, S.; Herrero, R.; Castellsagué, X.; Shah, K.V.; ... Meijer, C.J.L.M. (2003). Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *The New England journal of medicine*, 348 (6), 518-527.
- Owens, S.L.; Arora, N.; Quinn, N.; Peeling, R.W.; Holmes, K.K. & Gaydos, C. (2010). Utilising the internet to test for sexually transmitted infections: Results of a survey and accuracy testing. *Sexually transmitted infections*, 86, 112-116.
- Orr, D.P.; Langefeld, C.D.; Katz, B.P. & Caine V.A. (1996). Behavioral intervention to increase condom use among high-risk female adolescents. *The journal of pediatrics*, 128(2), 288 - 295.
- Panchaud, C.; Singh, S.; Feivelson, D. & Darroch, J.E. (2000). Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Family planning perspectives*, 32(1), 24-32.
- Patel, H.; Wagner, M.; Singhal, P. & Kothari, S. (2013). Systematic review of the incidence and prevalence of genital warts. *BMC Infectious diseases*, 13 (39), 1471-2334.
- Pendergrast, R.A.; DuRant, R.H. & Gaillard, G.L. (1992). Attitudinal and behavioral correlates of condom use in urban adolescent males. *Journal of adolescent health*, 13, 133-139.

- Peralta, L.; Deeds, B.G.; Hipszer, S. & Ghalib, K. (2007). Barriers and facilitators tot adolescent HIV testing. *AIDS patient care and STD's*, 21 (6), 400-408.
- Richard, R. & Van der Pligt, J. (1991). Factors affecting condom use among adolescents. *Journal of community & applied social psychology*, 1, 105-116.
- Rowley, J.; Toskin, I. & Ndowa, F. (2012). *Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections 2008* [rapport]. Opgehaald op 25 februari, 2015 van: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf
- Sasse, A.; Deblonde, J. & Van Beckhoven, D. (2013). *Epidemiologie van aids en hiv-infectie in België* [rapport]. Opgehaald op 25 maart, 2015 van https://www.wiv-isp.be/News/Documents/Rapport_HIV-AIDS_2013_Print_Press.pdf
- Schachter, J.; Chernesky, M.A.; Willis, D.E.; Fine, P.M.; Martin, D.H.; Fuller, D.; ... Hook, E.W. (2005). Vaginal swabs are the specimen of choice when screening for chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: Results from a multicenter evaluation of the APTIMA assays for both infections. *Sexually transmitted diseases*, 32 (12), 725-728.
- Schachter, J.; McCormack, W.M.; Chernesky, M.A.; Martin, D.H.; Van Der Pol, B.; Rice, P.A.; ... Chow, J. (2003). Vaginal swabs are appropriate specimens for diagnosis of genital tract infection with chlamydia trachomatis. *Journal of clinical microbiology*, 41 (8), 3784-3789.
- Sensoa. (2015). *De zelftest, sneltest en speekseltest*. Opgehaald op 13 juni, 2015 van <http://www.seksualiteit.be/soas/testen/hiv-test/de-zelftest-sneltest-en-speekseltest>
- Sensoa. (2015). *Hiv-zelftest goedgekeurd in Verenigd Koninkrijk en Frankrijk*. Opgehaald op 4 augustus, 2015 van <http://www.mannenseks.be/hiv-zelftest-goedgekeurd-in-verenigd-koninkrijk-en-frankrijk>
- Sensoa. (2015). *Hoe verloopt een test op seksueel overdraagbare aandoeningen?*. Opgehaald op 4

april, 2015 van <http://www.allesoverseks.be/themas/soas-hiv/testen-op-soas-en-hiv/hoe-verloopt-een-test-op-seksueel-overdraagbare-aandoeningen>

Serlin, M.; Shafer, M.A.; Tebb, K.; Gyamfi, A.A.; Moncada, J.; Schachter, J. & Wibbelsman, C. (2002). What sexually transmitted disease screening method does the adolescent prefer? Adolescents's attitudes towards first-void urine, self-collected vaginal swab, and pelvic examination. *Pediatrics and adolescent medicine*, 156 (6), 588-591.

SOAIDS (2013). *Soa-testen, zelf doen of laten (doen)?*, Amsterdam: Pars L & van Bergen, J.

Spiteri, G. (2014). *Sexually transmitted infections in Europe 2012* [rapport]. Opgehaald op 15 februari, 2015 van <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/sexually-transmitted-infections-europe-surveillance-report-2012.pdf>

Stamm, W.E. (1999). Chlamydia trachomatis infections: progress and problems. *The journal of infectious diseases*, 179, 380-383.

Stephens, R.S.; Kalman, S.; Lammel, C.; Fan, J.; Marathe, R.; Aravind, L.; ... Davis, R.W. (1998). Genome sequence of an obligate intracellular pathogen of humans: chlamydia trachomatis. *Science*, 282 (5389), 754-759.

Sudarshi, D.; Pao, D.; Murphy, G.; Parry, J.; Dean, G. & Fisher, M. (2007). Missed opportunities for diagnosing primary HIV infection. *Sexually transmitted infections*, 84 (14), 14-16.

Symons, K.; Van Houtte, M. & Vermeersch, H. (2013). *De seksuele start: Timing en kenmerken van de eerste keer, en verbanden met de latere seksuele loopbaan* [PowerPoint slides]. Opgehaald op 18 april, 2015 van <http://www.sexpert-vlaanderen.ugent.be/media/3331/katrien-symons-seksuele-start-20130208.pdf>

Taylor, M; Dlamini, S.B.; Nyawo, N.; Huver, R.; Jinabhai, C.C. & de Vries, H. (2007). Reasons

for inconsistent condom use by rural South African high school students. *Acta Paediatrica*, 96, 287-291.

Tebb, K.; Paukku, M.H.; Pai-Dhungat, M.R.; Gyamfi, A.A. & Shafer, M.A. (2004). Home STI testing: The adolescent female's opinion. *Journal of adolescent health*, 35, 462-467.

Tilson, E.C.; Sanchez, V.; Ford, C.; Smurzynski, M.; Leone, P.A., Fox, K.K.; ... Miller, W.C. (2004). Barriers to asymptomatic screening and other STD services for adolescents and young adults: focus group discussions. *BMC Public Health*, 4 (21), 1-8.

Tucker, J.D.; Bien, C.H. & Peeling, R.W.(2013). Point-of-care testing for sexually transmitted infections: recent advances and implications for disease control. *Current opinion in infectious diseases*, 26 (1), 73-79.

Van Bergen, J.E.A.M., Dekker, J.H.; Boeke, A.J.P; Kronenberg, E.H.A.; Van der Spruit, R.; Burgers, J.S.; ... Verlee, E. (2013). NHG-Standaard het soa-consult (eerste herziening). *Huisarts wetenschap*, 56(9), 450-463.

van de Laar, M.J.W.; Beuker, R.J.; Rijlaarsdam, J. & van Duynhoven, Y.TH.P. (2000). *SOA en aids in Nederland*. RIVM: Bilthoven.

Verbrugge, R.; Crucitti, T. & Qouilin, S. (2012). *Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen bij de algemene bevolking in België en de regio's* [rapport]. Opgehaald op 2 maart, 2015 van https://nrchm.wiv-isp.be/nl/ref_centra_lab/sti_treponema_pallidum/Rapporten/SOA%20Jaarrapport%202012.pdf

Verbrugge, R.; Moreels, S.; Crucitti, T.; van Beckhoven, D.; Sasse, A.; van Casteren, V. & Qouilin, S. (2014). *Surveillance van seksueel overdraagbare aandoeningen bij de algemene bevolking: Gegevens van 2013 voor België en 3 regio's* [rapport]. Opgehaald op 4 april, 2015 van https://www.wiv-isp.be/News/Documents/SOA_Rapport_2013.pdf

- Walensky, R.P. & Paltiel, A.D. (2006). Rapid HIV testing at home: Does it solve a problem or create one?. *Annals of internal Medicine*, 154, 459-462.
- Wayal, S.; Llewellyn, C.; Smith, H.; Hankins, M.; Philips, A.; Richardson, D. & Fisher, M. (2009). Self-sampling for oropharyngeal and rectal specimens to screen for sexually transmitted infections: Acceptability among men who have sex with men. *Sexual transmitted infections*, 85, 60-64.
- Whitaker, D.J.; Miller, K.S. & Clark, L.F.(2000). Reconceptualizing adolescent sexual behavior: Beyond did they or didn't they?. *Family planning perspectives*, 32 (3), 111-117.
- Whitaker, D.J.; Miller, K.S.; May, D.C. & Levin, M.L.(1999). Teenage partner's communication about sexual risk and condom use: The importance of parent-teenager discussions. *Family planning perspectives*, 31 (3), 117-121.
- WHO. (2015). *Sexually transmitted infections*. Opgehaald op 2 maart, 2015 van http://www.who.int/topics/sexually_transmitted_infections/en/
- WHO & GTZ. (2005). *Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services*. Geneva: Dehne, K.L & Riedner, G.
- Widman, L.; Noar, S.M.; Choukas-Bradley, S. & Francis, D.B. (2014). Adolescent sexual health communication and condom use: A meta-analysis. *Health psychology*, 33 (10), 1113-1124.
- Wiesenfeld, H.C.; Lowry, D.L.; Heine, R.P.; Krohn, M.A.; Bittner, H.; Kellinger, K.; ... Sweet, R.L. (2000). Self-collection of vaginal swabs for the detection of chlamydia, gonorrhea, and trichomoniasis: Opportunity to encourage sexually transmitted disease testing among adolescents. *Sexually transmitted diseases*, 28 (6), 231-235.
- Wiley, D.J.; Douglas, J.; Beutner, K.; Cox, T.; Fife, K.; Moscicki, A.B. & Fukumoto, L. (2002).

External genital warts: Diagnosis, treatment and prevention. *Clinical Infectious diseases*, 35(2), 210-224.

Workowski, K.A. & Berman, S. (2010). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR*, 59, 1-110.

Wright, A.A. & Katz, I.T. (2006). Home testing for HIV. *The new England journal of medicine*, 354 (5), 437-440.

Bijlagen

Bijlage 1: Verschillende pistes van rekrutering

JEUGDHUIZEN	Adres	E-mail	Verst uurd	Reactie	Deel-name gesprek
JH Den Kelder	Kammerstr. 10 te Gent	seline@denkelder.com	20/02	Nee	Nee
Ekseekwo	Driebeekstr. 4 te Gentbrugge	voorzitter.jhekseekwo@gmail.com	20/02	Nee	Nee
JH Achterban	Land Van Waaslaan 162 te Gent	jhachterban@gmail.com + Bericht via fb	20/02+ 24/02	Nee	Nee
JH Job	Antwerpsesteenweg 763 te St-Amandsberg	Bericht via facebook	20/02	Nee	Nee
Chez Choseken	Beekstr. 46F te Drongen	info@choseken.be	20/02	Ja (20/02)	Nee
JH Poskuder	Land Van Waaslaan 162 te Gent	info@poskuder.be	20/02	Nee	Nee
JH Ergenekon	Griendeplein 1 te Gent	reason_x@hotmail.com	20/02	Nee	Nee
Gouden Meridiaan vzw	Kartuizerlaan 107 te Gent	info@goudenmeridiaan.be	20/02	Nee	Nee
JEUGDBEWEGINGEN					
Scouts en Gidsen Vlaanderen	Ook gepost op fb pagina			Nee	Nee
Klauwaards Sint-Martinus	Opgeëistenlaan 455 te Gent	grklauwaards@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
O.L.V. Met De Glimlach	St-Kwintensberg 86 te Gent	info@olvglimlach.be	16/03	Nee	Nee
Akabe Sjim	St-Kwintensberg 86 te Gent	groepsleiding@sjimakabe.be	16/03	Nee	Nee
Hubert De Bruyker	Achterdries 52 te Gentbrugge	hdbgroepsleiding@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Ardu	Groenestaakstr. 66-68 te Mariakerke	groepsleiding@ardu.be	16/03	Nee	Nee
Sint-Gerulfus	Lage Lakendreef te Drongen	info@scoutsdrongen.be /grl@scoutsdrongen.be	16/03	Nee	Nee
Zonnekerels	Primulastr. 3 te St-Denijs-Westrem	grl@zonnekerels.be	16/03	Nee	Nee
District Moerkensheide	Overkoepelend	info@scoutnet.be	16/03	Nee	Nee
Sint-Lucia	Antwerpsesteenweg te Oostakker	lucia_groepsleiding@hotmail.com	16/03	Ja (17/03)	Nee

Gouw Gent	Lange Violettestr. 33 te Gent	info@gouwgent.be	16/03	Ja (19/03)	Gepost op fb zonder reactie
Brigands-De Kleine Prins	Vroonstallestr. 8 te Gent	groepsleiding@scoutswondelgem.be	16/03	Nee	Nee
Sint- Joris	Theresianenstr. 30a te Gent	info@theresiennes.be	16/03	Nee	Nee
Sint-Barbara	Savaanstr. 33 te Gent	contactformulier op website	16/03	Nee	Nee
Ten Berg	De Scheve Chalet Serafijnstr.61 te Gent	groepsleiding@scoutstenberg.be	16/03	Nee	Nee
Sint- Bernadette	Sleutelbloemstr. 9-11 te Sint- Amandsberg	Via contactformulier op website	16/03	Nee	Nee
Sint-Paulus	Losstr. 26 te Gent	groepsleiding@sint-pol.be	16/03	Nee	Nee
Scouting in Kriko	Ottergemsesteenweg 383 te Gent	groepsleiding@scoutskriko.be	16/03	Nee	Nee
FOS Open Scouting					
De Tortels	Botestr. 98b te Wondelgem	giraf@tortels.be	16/03	Nee	Nee
De Reiger	Sneppebrugstr. 6 te Gent	contactformulier op website	16/03	Nee	Nee
De Zebras	Onderstr.10 te Gent	contactformulier op website	16/03	Nee	Nee
De Wouw	J. Van Briesbroeck-str.2A te Gentbrugge	contactformulier op website	16/03	Nee	Nee
De Flamingo's	Land Van Waasland 162 te Gent	contactformulier op website	16/03	Ja (17/03)	Ja
De Wilde Eend	Veerstr. 82 te Drongen	contactformulier op website	16/03	Nee	Nee
De Zwaluw	Viaductstraat te Gent	Lama@dezwaluw.org	16/03	Nee	Nee
Tom Wilson	Galgenberg 25a te Gent	contactformulier op website	16/03	Nee	Nee
KAJ Nieuw Gent	Agaatstr. 2 te Gent	autozam8@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Chiro					
Chiro De kaproenen	Groenestaakstr. 66-68 te Mariakerke	hannelorehernalsteen@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Chiro Oostakker	Vossenbergr. 10 te Oostakker	laura.de.pauw@chirooostakker.be	16/03	Nee	Nee
Chiro Lourdes	Groenstr. 51 te Oostakker	contactformulier op website	16/03	Ja (16/03)	Geen tijd

Chiro Heilig Hart	Engelstr. 94 te St-Amandsberg	chiroheilighart@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Chiro Heirmis-Macharius	Fluweelstr. 22 te Gent	chirohm@yahoo.com	16/03	Nee	Nee
Chiro Oude Bareel	Charles Doudeletstr. 10 te St-Amandsberg	info@chiro-oudebareel.be	16/03	Nee	Nee
Chiro Sint Theresia	Fluweelstr. 22 te Gent	info@trezekegent.be	16/03	Nee	Nee
Chiro Sint Jan Berchmans	Kerkhofstr. 1 te Mariakerke	hoofdleidingsjb@hotmail.com	16/03	Ja (16/03)	Nee
Chiro Onze-Lieve-Vrouw	Kerkhofstr. 1 te Mariakerke	groepsleidingolv@hotmail.com	16/03	Ja (16/03)	Nee
Chiro Sint-Jan	Moortelputstr. 1 te Drongen	chirostjan@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Chiro Tiejamo	Gijzelstr. 12 te Drongen	contactformulier op website	16/03/	Nee	Nee
Chiro Ambo	Lage Lakendreef te Drongen	contactformulier op website	16/03	Nee	Nee
Chiro Jokido	Heerweg Zuid 124 te Gentbrugge	jolien.van.ro@hotmail.com	16/03/	Nee	Nee
Chiro Mengelmoesh	Hoefslagstr. 1 te Gent	eveline_van_hooijdonk@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Chiro sivi	Roggestraat 19 te Gent	steve_vandenbossche@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
KSJ-KSA-VKSJ					
KSA Sint-Lieven	Admiraaldreeft te St-Amandsberg	webmaster@ksa-sint-lieven.be	16/03	Nee	Nee
VKSJ St-Paulus	Patijntjestr. 29 te Gent	vksj.sint.paulus@gmail.com	16/03	Nee	Nee
VKSJ St-Lieven	Admiraaldreeft te St-Amandsberg	Shirleyvanpeteghem@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
VKSJ St-Pieters	Sint-Kwintensberg 86 te Gent	vksjsintpieters@yahoo.be	16/03	Nee	Nee
KLJ ZZ					
	Dorpstr. 14 te Zwijnaarde	info@kljzz.be	16/03	Ja (21/03)	Nee
JNM	Kortrijksepoortstraat 192 te Gent	warre.schauwvlieg@hotmail.com	16/03	Ja (20/03)	Nee
Speelpleinwerking Bizon vzw	Dapperheidstr. 2 te Gent	info@bizonvzw.be	16/03	Nee	Nee
Habbekrats	Raffinaderijstr. 4 te Gent	defabriek@habbekrats.be	24/03	Ja (03/04)	Nee

JoM	R. de Hemptinnelaan 33 te Mariakerke	jom@vzwkompas.be	24/03	Ja (25/03)	Niet geschikt
Jes	Werkhuizenstr. 3 te Brussel	gent@jes.be	24/03	Nee	Nee
STUDENTEN VERENIGINGEN					
Abnormalia		info@adnormalia.be	19/03	Nee	Nee
Karaat		Bericht via fb	19/03	Nee	Nee
Moeder Gutenberg		info@gutenberg.be	19/03	Nee	Nee
Podoa		Bericht via fb	19/03	Ja (03/04)	Nee
Regent		Bericht via fb	19/03	Nee	Nee
Apollo		info@clubapollo.be	19/03	Nee	Nee
Confabula		info@confabula.be	19/03	Nee	Nee
Harmonia		Bericht via fb	19/03	Ja (19/03)	Nee
Hortecta		hortecta@hotmail.com	19/03	Nee	Nee
Laborantia		Bericht via fb	03/04	Ja (03/04)	Ontbonden
Pihonia		info@pihonia.be	19/03	Nee	Nee
Salmonella		info@hscsalmonella.be	19/03	Nee	Nee
Studentenclub MEGA		mega@kahosl.be	19/03	Nee	Nee
LILA		matthijsdevisscherergko@hotmail.com	19/03	Nee	Nee
't stropke		Bericht via fb	23/03	Nee	Nee
't wielke		info@wielke.be	19/03	Nee	Nee
't zal wel gaan		tzalwelgaan@gmail.com	19/03	Nee	Nee
Brugse universitaire kring		info@buk-leeft.be	19/03	Nee	Nee
Chemica		chemica@fkserv.ugent.be	19/03	Nee	Nee
Filologica		presidium@filologica.be	19/03	Nee	Nee
Gentse farma kring		preases@gentsefarmakring.be	19/03	Nee	Nee
Gentse biologische kring		Preasidium@biologie-gent.be	19/03	Nee	Nee
Gentse universitaire dansclub		ledenadministratie@gudc.be	19/03	Nee	Nee

Geografica		preasidium@geografica.be	19/03	Ja (19/03)	Nee
Geologica		Bericht via fb	19/03	Nee	Nee
Antwerpen boven		info@antwerpenboven.be	19/03	Nee	Nee
Kring moraal en filosofie		preasidium@kmfgent.be	19/03	Ja (19/03)	Gepost op fb zonder reactie
Politea		Bericht via fb	19/03	Ja (19/03)	Nee
Lombrosiana		preases@lombrosiana.be	19/03	Nee	Nee
Vlaamse biomedische kring		contactformulier op website	19/03	Nee	Nee
Vlaamse economische kring		Thomasv@vek.be	19/03	Nee	Nee
Vlaamse technische kring		vtk@vtk.ugent.be	19/03	Nee	Nee
Vlaamse geneeskundige kring		contactformulier op website	19/03	Nee	Nee
Vlaamse psychologische en pedagogische kring		preases.vppk@gmail.com	19/03	Nee	Nee
Vlaamse rechtsgenootschap		preases@vrg-gent.be	19/03	Nee	Nee
Vlaamse levenstechnische kring		vlkgent@gmail.com	19/03	Nee	Nee
Hermes		info@hermesgent.be	20/03	Nee	Nee
Fotoklas		fotoklas.ugent@gmail.com	20/03	Nee	Nee
Ghent students club		SWC@Student.Ugent.be	20/03	Nee	Nee
Hilok		pr.hilok@gmail.com	20/03	Nee	Nee
Internia		contact@internia.be	20/03	Ja (21/03)	Op forum zonder reactie
Klassieke kring		info@klassiekekring.be	20/03	Nee	Nee
Kunsthistorische kring		contactformulier op website	20/03	Nee	Nee
Moeder meetjesland		contactformulier op website	20/03	Nee	Nee
Minos Gent		info@minosgent.eu	20/03	Nee	Nee
Pkarus		pkarus@gmail.com	20/03	Nee	Nee

Scaldis		scaldis_dendermonde@outlook.com	20/03	Nee	Nee
Archeologische werkgroep		aw.ugent@gmail.com	21/03	Nee	Nee
Deliria		contactformulier op website	21/03	Nee	Nee
Comac		nelevp@gmail.com	21/03	Nee	Nee
Ceneka		Filip@ceneka.be	21/03	Nee	Nee
Dentalia		contactformulier op website	21/03	Nee	Nee
De loeiende koe		dlk@ugent.be	21/03	Nee	Nee
MaCht		contactformulier op website	21/03	Nee	Nee
Poutrix		info@poutrix.be	21/03	Nee	Nee
Stuw		stuw@ugent.be	21/03	Nee	Nee
Vereniging voor natuurkunde		vvv@student.ugent.be	21/03	Nee	Nee
Oosterse afrikaans kring		contactformulier op website	21/03	Nee	Nee
Tomo no Kai		info@tomonokai.be	21/03	Nee	Nee
Prime		bestuur@prime.ugent.be	21/03	Nee	Nee
FRiS		fris@vtk.ugent.be	21/03	Nee	Nee
Capitant		contactformulier op website	21/03	Nee	Nee
Groene kring		groenekring.biot@gmail.com	23/03	Nee	Nee
HSC de dijlebrassers		contactformulier op website	21/03	Nee	Nee
Savania		Bericht op fb	03/04	Ja (03/04)	Nee
Matrak		matrak_theater@hotmail.com	23/03	Nee	Nee
Moeder lies		pr-extern@moederlies.be	23/03	Nee	Nee
Moeder theepot		Bericht via fb	23/03	Nee	Nee
Moeder domper		moederdomper@gmail.com	23/03	Nee	Nee
Noord zuid studenten		gent@noord-zuidstudenten.be	23/03	Nee	Nee
Rodenbach		rodenbachgent@hotmail.com	23/03	Nee	Nee
Sense		startmakingsense@hotmail.com	23/03	Nee	Nee
Slavia		contactformulier op website	23/03	Nee	Nee
Ugent 1010		voorzitter@ugent1010.be	24/03	Ja	Ja

				(24/03)	
Veto gent		vetogent@hotmail.com	24/03	Nee	Nee
Wase club		Bericht via fb	23/03	Nee	Nee
Westlandia		contactformulier op website	23/03	Nee	Nee
Zeus wpi		contactformulier op website	24/03	Nee	Nee
CDS		secretariaat@cmsgent.be	24/03	Nee	Nee
Anabolica		Gepost in fbgroep	20/02	Ja (20/02)	Ja
Hospitalia		Gepost in fbgroep	20/02	Nee	Nee
Limburgia		Gepost in fbgroep	20/02	Nee	Nee
Sd'A		Gepost in fbgroep	20/02	Nee	Nee
WiNa		info@wina.ugent.be + Bericht via fb	21/03+ 23/03	Nee	Nee
Vader Aalsterse		Bericht via fb	23/03	Nee	Nee
Strak		Bericht via fb	24/03	Nee	Nee
Ingenia		Ingenia@kahosl.be	19/03	Nee	Nee
Vlaams diergeneeskundige kring		VDK@fkserv.ugent.be	19/03	Nee	Nee
Vlaamse logopedische en audiologische kring		vlak@vlak.be	19/03	Nee	Nee
SPORT- VERENIGINGEN					
4 GHENT vzw	Driepikkelstr. 30 te Mariakerke	an.thys@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Abada capoeira benelux vzw	Martelaarslaan 15 te Gent	abadacapoeira@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Action club Gent	Holdaal 52 te Gent	action@belgacom.net	16/03	Nee	Nee
Adrenaline vzw	Heiveldstr. 328 te St-Amandsberg	zeynep.goktepe@gent.be	16/03	Nee	Nee
Africanco vzw	Stenen Molenstr. 1 te Ertvelde	diop_baidy@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Afro Belg Unionstars	Dampoort 99 te Gent	vzw-afro-belg-gent@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Aiki-O-Kami vzw	Lucas Munichstr. 84 te Gent	aok@telenet.be	16/03	Nee	Nee

Aikikai-Gent E.P.A. vzw	E. Helderweirdtstr. 28 te Oostakker	p.roose@mumm.ac.be	16/03	Nee	Nee
Akabe 025 Gent	Land van Waaslaan 70 te Sint-Amandsberg	akabe@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Anguilla	Invalidenstr. 72 te Oostakker	naomi.snoeck@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Aqua & move vzw	Beukenlaan 76 te Gent	wim@aquaandmove.be	16/03	Nee	Nee
Arcadians cricket club Ghent vzw	Ottergemsesteenweg 205 te Gent	droesbekeronald@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Art of dance	Boterbloemlaan 36	ragollen@live.be	16/03	Nee	Nee
As Rieme vzw	Molenstr 53 te Herzele	koengyssels@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Aso Volvo cars Gent	Moststr. 5 te Oostakker	jean-paul.callewaert@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Balance boudering team vzw	Louis Van Houttestr. 107 te Gent	an@klimzaalbalance.be	16/03	Nee	Nee
Balletschool Aliqua vzw	Breestr. 36 te Aalter	info@balletschoolaliqua.be	16/03	Nee	Nee
Ban Sen Juku Fudoshin Dojo	Louse Derachestraat 31 te Oostakker	bie_janssens@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Bbc Falco Gent vzw	Schepenhuisstr. 9 te Gent	bbcfalco.secretariaat@skynet.be	16/03	Nee	Nee
Bbf & W vzw	Groenstr. 240 te Oostakker	conny@fitness.be	16/03	Nee	Nee
BC Neptunus	Gérard Willemotlaan 69 203 te Mariakerke	Sammy@aho.be	16/03	Nee	Nee
BC Oostakker	Magergoedhof 1 te Oostakker	stefaan_vandooren@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Belgium Wing Tsun systeem BWTS	Emiel Verhaerenlaan 35 te Gent	paul.v.d.v.13@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Bih Jedinstvo	Acherleie 20 te Gent	emko.nanin@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Bleau Climing Team vzw	Rooigemlaan 180B te Gent	renaat@bleau.be	16/03	Nee	Nee
Bmx Gent vzw	Lindestr. 51 te Melle	bmxgent@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Bodyworks Wouter Van Daele	Voskenslaan 332 te Gent	info@body-works.be	16/03	Nee	Nee
Boss Dance Complex	Rooigemlaan 518 te Gent	info@bossdancecomplex.be	16/03	Nee	Nee
Boxing Club Golden Gloves vzw	Molenstr. 163 te Wondelgem	goldenglovesgent@gmail.com	16/03	Ja (16/03)	Nee
Braf Rafting Gent vzw	Leiekaai 33D te Gent	raft@skynet.be	16/03	Nee	Nee

Bubblersdivers vzw	Raspaillebosstr. 112 te Zandbergen	peter.rombaut@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Buikdansschool Samyra	Blekerijstr. 48 te Gent	samyra@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Bushido-Kwai Wondelgem	Dellaertsdreef 26 te Sleidinge	willy@bushido-kwai.be	16/03	Nee	Nee
BWTS Gent	Fortlaan 26A Gent	brickvangijssel@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Carolus Quinto vzw	Twaalfkameren 50 te Gent	phebe.vdh@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Centrum voor zelfverdediging Gent	Pauwstr. 41 te Lochristi	john.haeke@cvzgent.be	16/03	Nee	Nee
Chin Do Jang	Kluzenaarstr. 15 te Gent	info@michael-lammens.be	16/03	Nee	Nee
Compagnie Mila vzw	Joseph Gérardstr. 28 te St-Amandsberg	compagnie.mila@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Cyclobal sport na arbeid Gent	Breamstr. 77 te Gent	snacyclobal-gent@skynet.be	16/03	Nee	Nee
Dance-Revolution	Wittewalle 110 te Oostakker	info@dance-revolution.be	16/03	Nee	Nee
Dance Energie	De Nayerstr. 3 te Denderleeuw	info@e-nergie.be	16/03	Nee	Nee
Dansschool Diop	Snoekstr. 123 te Gent	dansschooldiop@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Danshuis De Ingang	Wiedauwkaai 52J te Gent	info@de-ingang.be	16/03	Ja (16/03)	Nee
Dansschool Emotion Gent vzw	Nederwijk 158 te Ninove	info@dansschoolemotion.be	16/03	Nee	Nee
Dansschool Favole vzw	Begijnengracht 43 te Gent	info@favole.be	16/03	Nee	Nee
Dansstudio Chantal Tyncke vzw	Bijlokestr. 51 te Destelbergen	chantaltyncke@hotmail.com	16/03	Ja (16/03)	Te druk
Danswijzer vzw	Gasthuisstr. 20B	karlien.lox@telenet.be	16/03	Ja (16/03)	Doorgegeven geen reactie
De 3 torens Gent	P. Van Langen-donckstr. 23 te Gent	luc.oosterlinck@telenet.be	16/03	Nee	Nee
De buurt	Oude Brusselseweg 74 te Gent	lukris@skynet.be	16/03	Nee	Nee
De dartels	Jutestr. 105 te Mariakerke	anne.marie.baele@telent.be	16/03	Nee	Nee
De lustige bolders	Benninsbrugstr.47 te Wondelgem	chretien.criel@telenet.be	16/03	Nee	Nee

De mercatel	A. Vanderstegenlaan 90 te Gent	joannesraepsaet@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
De pluimplukkers vzw	Edgard Tinelstr.59 te St-Amandsberg	info@pluimplukkers.be	16/03	Nee	Nee
De Rem vzw	Heerweg-Noord 90 te Zwijnaarde	roland.van.heirzeel@telenet.be	16/03	Nee	Nee
De space pluim	Maisstr. 22 te Gent	jan@janvanstalle.be	16/03	Nee	Nee
De stroppen	Broekstr. 65 te Deurle	volkwinh@googlemail.com	16/03	Nee	Nee
Divingclub Sea Explorers	Oude Abdijstr. 52 te Drongen	raf@sea-explorers.be	16/03	Nee	Nee
Epos vzw	Kollebloemstr. 18 te Mariakerke	pieter.leus@live.be	16/03	Nee	Nee
Etage Tropical	Port Arthurlaan 33 te Gent	info@etagetropical.be	16/03	Nee	Nee
FC De Wanhoop	Krijgslaan 102 te Gent	patrick_van_de_velde@skynet.be	16/03	Nee	Nee
Fight	Hollenaarstr.15 te Oostakker	wouter.knudde@volvo.com	16/03	Nee	Nee
Flanders inter regio swim team (first) vzw	Smalleheerweg 5 te Oostakker	jozef.nies@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Floorballclub Black Cobra's Gent	P. Benoitlaan 149 te Gent	floorballclubgent@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Florastappers Gent vzw	J. Wauterstr. 17 te Gent	Florastappersgentvzw@scarlet.be	16/03	Ja (17/03)	Buiten doelgroep
Forza Ritmica Gent vzw	Langerbrugsestr. 177 te Evergem	stephanie.schuermans@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Free-Time Sport vzw	Kammerstr. 19 te Gent	info@freetime.be	16/03	Nee	Nee
Futsal Besiktas	Ooievaarstr. 125 te Gent	cagkantop@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Gent Cricket Club	Krijgsgasthuisstr. 79 te Gent	manishgent@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Gent Hawks vzw	Hazelaardreef 7 te Merelbeke	johan.eeckhout1@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Gent Knights vzw	Makkegemdries 8 te Merelbeke	frank@gentknights.be	16/03	Nee	Nee
Gent Rugby Football club vzw	Zuiderlaan 7 te Gent	voorzitter@Gent-rugby.be	16/03	Nee	Nee
Gent Voetbalt	O. Soudanstr 2 te Gent	gentvoetbalt@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Gent Ultimate Frisbee Team Gent vzw	Bergbosstr. 21 te Merelbeke	dajo_a@hotmail.com	16/03	Nee	Nee

Gentse Doelshutters vzw	Lekestr. 57 te Eeklo	marnix_matthys@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Gentse kano en kajak organisatie Gekko vzw	Clementinalaan 50 te Gent	secretariaat@gekkokajak.be	16/03	Nee	Nee
Gentse roei-en sportvereniging vzw	Vissersdijk 1 te Gent	clubhouse@gentsers.be	16/03	Nee	Nee
Gentse schaatsclub Kristallijn vzw	Blanckaartstr. 5 te Merelbeke	katrien_vanhulle@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Gentse voetbalschool vzw	Brusselsesteenweg 245 201 te Melle	info@gentsevoetbalschool.be	16/03	Nee	Nee
Gentze zeeduijvels vzw	Varendrieskouter 73B te Drongen	ignace.vanheule@skynet.be	16/03	Ja (16/03)	Nagevraagd geen reactie
Ghent Gargoyles Quidditch	Pieter Simonsstr. 14 te Tielt	cindy-callens@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Gezinsbond afdeling Wondelgem	Kerkuilstr. 5 te Gent	gezinsbond.wondelgem@gmail.com	16/03	Ja (16/03)	Nee
Ghent Gators vzw	Eendenstr. 10 02 te Lochristi	j.y.steenhout@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Ghent Lacrosse vzw	Bisschopstr. 13 702 te Gent	wibo@ghentlacrosse.be	16/03	Nee	Nee
Ghent United	Rijksweg 75 te Nukerke	glennedbacker@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Ginga Mundo Belgica Capoeira vzw	Het Wijngaardeke 52 te De Pinte	babuinogingamundo@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Golfschool Gent	Keiskantstr. 5 te Drongen	info@golfschool-gent.be	16/03/	Nee	Nee
O Ryu Dojo	Blauwstr. 58 te Boom	dries@aikidogent.be	16/03	Nee	Nee
Don Bosco Gent vzw	J. Sonnevilllestr. 22 te Gent	secretariaatdbgent@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Happyflow vzw	V. Frisstr. 37 te Gent	fregghys@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Het netje over Gent	Wittewalle 153 te Gent	redgyvansante@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Hiba vzw	Steenhuisdreef 12 te Drongen	jhaeck75@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Hippos vzw	Poekstr. 35 te Drongen	franck.de.ganck@pandora.be	16/03	Nee	Nee
Inspe	Lostr. 71 te Lovendegem	frederik@in-spe.be	16/03	Ja (16/03)	Buiten doelgroep
Induna Gent vzw	Rooigemlaan 456 te Gent	danielle.dewitte@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Indiana	Maaltemeers 80 te Gent	patrick.le.jeune@skynet.be	16/03	Nee	Nee
IV dans en gym vzw	Jovastr. 8 te Gent	tania.de.wispelaere@oost-vlaanderen.be	16/03	Ja (16/03)	Nagevraagd geen reactie

Jago St-Amansberg vzw	Lindestr. 21 te Gent	petra.decock1@telenet.be	16/03	Nee	Nee
JC Bourgoyen vzw	Koning Leopold II-laan 98C te Gent	frieda.matthys@skynet.be	16/03	Ja (17/03)	Buiten doelgroep
C Gent-Drongen vzw	Pastorijstr. 68 te Ertvelde	marnix.vangheluwe@arche-consulting.be	16/03	Nee	Nee
Jean Jaures	Hofstr. 143 te Gent	nico.pattyn@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Jeugd basketbal omleidingscentrum vzw	Kortrijkseheerweg 46 te Nazareth	dimitri.ongenaet@me.com	16/03	Nee	Nee
Jeugd Gentson vzw	S. Maczekstr. 5 te Mariakerke	secretariaat.gentson@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Jita Kyohei Gent vzw	Zomerstr. 10 te Gent	frank.dubois@skynet.be	16/03	Nee	Nee
Judoclub Zwijnaarde vzw	Hazelaardreef 21 te Merelbeke	patrik.claeys@skynet.be	16/03	Nee	Nee
Judokwai Goshin St-Amansberg vzw	Orchideestr. 82 te Oostakker	info@goshin.be	16/03	Nee	Nee
Kali Filipino Fighting System	Kajuistr. 14 te Gent	willemvandensteen@gmail.com	16/03	Ja (19/03)	Nagevraagd geen reactie
Karate Mariakerke	Spellewerkstr. 1 te Mariakerke	katrien.kielemoes@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Karuna Budokai-Do Gent	F. Rensstr. 58 te Gent	michel.budokai-do.be	16/03	Ja (24/03)	Buiten doelgroep
KC Budo Gent	Batterijstr. 32 te Gent	m-demeyer@hotmail.com	16/03	Ja (17/03)	Leden geen interesse
KC Sint Barbara College Gent	Sportstr. 50 te Lembeke	albert.heirman@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Kendo Iaido Gent vzw	Olmstr. 19 te Mariakerke	kendo.gent@abkf.be	16/03	Nee	Nee
Enshikan Sint-Amansberg	Hooistr. 2 101 te Heusden	info@karategent.be	16/03	Nee	Nee
KG Schaakkring Ruy Lopze En Caissa vzw	Abrahamstr. 46 te Gent	kgsrl@skynet.be	16/03	Ja (16/03)	Niet over te brengen
Ko Jika Kendo Club	Tweekapellenstr. 111 te Gent	kojika@abkf.be	16/03	Nee	Nee
Koc Club Gent	Wondelgemstr. 148A te Gent	kocclubgent@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Kon. roeivereniging Sport Gent	Kanodreef 1 te Gent	info@krsg.be	24/03	Nee	Nee
Sportdienst HoGent	St-Denijslaan 251 te Gent	Lieve.Lemaire@hogent.be	24/03	Ja (25/03)	Affiche + fb geen reactie

MUZIEK- VERENIGINGEN					
Bijloke muziekcentrum		Bericht via fb	24/03	Nee	Nee
Studentenfanfare	Overpoort 64 te Gent	sf@fkserv.ugent.be	19/03	Nee	Nee
Gents universitair koor	Hoveniersberg 24 te Gent	contact@gentsuniversitairkoor.be	19/03	Nee	Nee
Vzw harteklop	Tuinwijk ter heide 47 te Gentbrugge	annemie@harteklop.be	24/03	Nee	Nee
Jeugd en muziek Gent		info@jeugdenmuziekgent.be	24/03	Nee	Nee
Brassband	Jozef Wauterstr. 63 te Gentbrugge	Kris_Mampaey@telenet.be	16/03	Nee	Nee
Gent Symphonic Band	Ottogracht 4 te Gent	bramvanhoe@hotmail.com	16/03	Nee	Nee
Muziekmaatschappij De Neerschelde	Braemkasteelstr. 29-45 te Gentbrugge	frederikdewilde@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Kon. harmonieorkest Echo der Leie	Rozenpark 19 te St-Denijs- Westrem	echoderleie@gmail.com	16/03	Nee	Nee
Koninklijke harmonie Awijnaarde	R. Vlerickstr. 65 te Zwijnaarde	info@khzwijnaarde.be	16/03	Nee	Nee
Harmonieorkest Wondelgem	Vierwegstr. 16 te Wondelgem	info@harmoniewondelgem.be	16/03	Nee	Nee
Koninklijke harmonie Con Animo	Bavegemstr. 4 te Oosterzele	peter@conanimo.be	16/03	Nee	Nee
Arte Musicale vzw	Gundlichstr. 12 te Wondelgem	contactformulier op website	16/03	Nee	Nee
Endless Voices	Goudstr. 37 te Gent	luc.dewolf@arteveldehs.be	19/03	Ja (19/03)	Over- bevraagd
Gents universitair harmonie orkest	Hoveniersberg 24 te Gent	Via contactformulier op website	19/03	Nee	Nee
Academie voor muziek, woord en dans	Poel 17 te Gent	muziekacademie.info@pantarhei.be	24/03	Nee	Nee
ANDERE					
Jong VLD Gent	Hoogpoort 37 te Gent	jan@jongvldgent.be	24/03	Nee	Nee
Jong groen stugent	S. Debruynestr. 78-82 te Brussel	Stugent@jonggroen.be	23/03	Nee	Nee

Actief Links	PB 131 te Molenbeek	actieflinksgent@hotmail.com	24/03	Nee	Nee
Amnesty international studentenkern Gent		aisg@gmail.com	24/03	Nee	Nee
Studentenraad HOgent	Voskenslaan 270 te Gent	studentenraad@hogent.be	24/03	Nee	Nee
Studentenraad arteveldehogeschool	St-Amandstr. 88 te Gent	dieter.libbrecht@student.arteveldeh s.be	24/03	Nee	Nee
Gentse studentenraad	Hoveniersberg 24 te Gent	participatie@gsr.ugent.be	16/03	Nee	Nee
Hipotential	J. Debusscherstr. 42 te Halle	pr@hi-potential.be	24/03	Nee	Nee
Academie voor podiumkunsten	Tweebruggenstr. 59 te Gent	academiepodiumkunsten@Gent.be	24/03	Nee	Nee
Home vermeulen	Stalhof 6 te Gent	Gepost in fbgroep	10/03	Nee	Nee
Home Bertha	De Pintelaan 260 te Gent	Gepost in fbgroep	10/03	Ja (10/03)	Ja
Home Fabiola	Stalhof 4 te Gent	Gepost in fbgroep	10/03	Nee	Nee
Home Boudewijn	Harelbekestr. 70 te Gent	Gepost in fbgroep	9/03	Ja (09/03)	Ja
Home Astrid	Krijgslaan 250 te Gent	Gepost in fbgroep	10/03	Nee	Nee
Luca campus beeldende kunst	Zwarte Zusterstr. 34 te Gent	info.bk@luca-arts.be	19/03	Ja (25/03)	Gepost op intranet
Freecycle Gent		Gepost in fbgroep	18/02	Ja (18/02)	Ja
Freecycle friends Gent		Gepost in fbgroep	03/04	Ja (03/04)	Ja
Vlaamse vereniging van studenten	Nijverheidsstr. 10 te Brussel	contactformulier op website	24/04	Ja (24/04)	Nee
Ivg School	Nederkouter 12 te Gent	info.secundair@ivgschool.be	19/03	Nee	Nee
Gepost op facebook via kennissen in de groepen van verpleegkunde, psychologie, pedagogische wetenschappen, sociaal werk, dierengeneeskunde, geneeskunde, rechten en gezondheidsvoorlichting en -bevordering					

Bijlage 2: Bericht om jongeren te rekruteren

Hallo iedereen,

Wist je dat het aantal seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) in Vlaanderen de laatste jaren sterk gestegen is?

- Wist je dat jongeren hierbij een kwetsbare groep zijn?
- Wist je dat jongeren het niet altijd evident vinden om de stap naar de huisarts te zetten?
- En wist je dat dit de diagnose van het aantal SOA's belemmert?

Met mijn masterproef wil ik nagaan hoe het aantal SOA's bij jongeren kan teruggedrongen worden.

In dit onderzoek willen we de belangrijkste barrières opsporen die jongeren tegenhouden om zich te laten testen op SOA's. Daarnaast zal ook gekeken worden of een zelf-test een goed alternatief zou kunnen zijn. Persoonlijke ervaringen met SOA's en SOA-testen zullen niet bevraagd worden.

Gezocht:

- Jongeren tussen 18 en 24 jaar
- Student in Gent of wonend in Gent
- Bereid om deel te nemen aan focusgroep-interview, waarin meerdere jongeren gezamenlijk zullen worden geïnterviewd

Verloop interview:

- Interviews gebeuren in groepen van maximaal 10 jongeren
- Duurtijd: ongeveer 1,5 uur
- Plaats van het interview wordt bepaald in samenspraak met de deelnemers
- Peilen naar de kennis omtrent SOA's en de mening omtrent het testen van SOA's
- Alle gegevens worden ANONIEM en DISCREET verwerkt!

In ruil voor jullie deelname zal er per focusgroep 1 cadeaubon van Fnac ter waarde van 25€ verloot worden.

Indien je wil deelnemen of meer informatie wilt, kan je me contacteren via
Babette.Desmadryl@Ugent.be

Alvast bedankt!

Groetjes,

Babette Desmadryl

(Je mag dit bericht gerust delen)

Bijlage 3: Interviewgide voor focusgroepgesprekken met jongeren

VOORAF

Ik wil jullie alvast bedanken dat jullie wilden deelnemen aan mijn onderzoek. Ik ga eerst mezelf even kort voorstellen en het doel en verloop van het onderzoek kort toelichten. Ik ben Babette Desmadryl, ik ben 24 jaar, en zelf volg ik momenteel de master in gezondheidsvoorlichting en -bevordering.

Het *doel* van dit onderzoek, dat ik doe voor mijn masterproef, is na te gaan nagaan hoe het aantal SOA's bij jongeren kan teruggedrongen worden. Hierbij zullen we bekijken welke barrières er zijn om zich te laten testen op SOA's en of SOA-zelftesten een goed alternatief kunnen zijn.

Eerst zal ik samen met jullie de *informed consent* overlopen. Hiermee geef je mij de toestemming om jullie gegevens te verwerken in het kader van mijn masterproef en een eventueel wetenschappelijk artikel. Het gesprek zal dan ook opgenomen worden maar ik verzeker jullie dat alles vertrouwelijk en anoniem zal gebeuren. Het eerste blad is informatie omtrent het onderzoek en mogen jullie bij houden. Het tweede blad is de informed consent. (samen overlopen van informed consent) Zijn er nog vragen hieromtrent?

(Na het beantwoorden van de vragen) Dan heb ik enkel nog een handtekening nodig van jullie zodat jullie mij de toestemming geven voor hetgeen we juist besproken hebben.

Voor we starten met het focusgroepgesprek wil ik jullie er nog op wijzen dat jullie niet hoeven te antwoorden op vragen als jullie dit niet willen en dat het belangrijk is dat jullie elkaars mening respecteren en dus ook naar elkaar luisteren.

INTERVIEW ZELF

Voor we starten met het interview kan het handig zijn dat jullie een *naamkaartje* maken zodat jullie elkaar eventueel ook kunnen aanspreken. Enkel jullie voornaam is voldoende en jullie mogen gerust een andere naam nemen als dit voor jullie makkelijker is.

Eerst en vooral zal ik starten met een paar algemene vragen zodat we een zicht krijgen op jullie achtergrond. Kunnen jullie één voor één vertellen wat jullie leeftijd en richting is en of jullie in Gent op kot zitten, pendelen of nog thuis wonen.

1. Kennis omtrent SOA's

Om te starten zal ik eerst enkele vragen stellen over SOA's in het algemeen

1.1 Kennis omtrent SOA's in het algemeen

1.1.1) Wat is een SOA en welke SOA's komen volgens jullie het meest voor bij jongeren?

SOA=een verzameling van verscheidene klinische ziekten die veroorzaakt worden door pathogenen (voornamelijk verworven en doorgegeven via onbeschermd seksuele activiteit (zowel vaginaal, anaal als oraal))

De meest courante SOA's binnen de Europese populatie zijn chlamydia, genitale wratten, gonorrhoe, syfilis en HIV

1.1.2) Wat kan je, volgens jullie, doen om te voorkomen dat je besmet geraakt met een SOA?

- **Geen seks hebben**
- **Condoom gebruiken**
- **Op voorhand laten testen en daarna bij één partner blijven**
- Je laten vaccineren (bv. HPV, hepatitis A en B)
- PEP of Post Exposure Profylaxis is een medicijnenkuur die kan verhinderen dat hiv zich in je lichaam nestelt nadat je aan het virus bent blootgesteld

1.2 Informatiebronnen en hiaten in kennis

1.2.1) Hebben jullie het gevoel dat je voldoende kennis hebben omtrent SOA's?

=> *Waar halen jullie informatie omtrent SOA's?*

- internet
- peers
- ouders
- **school**

- arts, hulpverleners, gynaecoloog, apotheker
- **Televisieprogramma's (cfr artsen)**
- **Campagnes**

=> *En via welke kanalen denken jullie dat die informatie misschien best naar jongeren toe kan gebracht worden?*

- **School**

1.2.2) *Denk je dat het belangrijk is dat er met ouders/vrienden gesproken wordt over SOA's?*

2. Kennis omtrent testen van SOA's

Eerst hebben we het als inleiding wat gehad over SOA's in het algemeen. Nu gaan we verder met het zich laten testen op SOA's.

2.1) *In welke situaties zouden jullie je laten testen?*

- **Op eigen initiatief routinematig (vb. elk jaar), van zodra ik seksueel actief ben.**
- **Wanneer mijn sekspartner dat wenst.**
- **Wanneer ik symptomen heb (genitale afscheiding, jeuk, pijn/bloeden bij vrijen, pijn/branderig gevoel bij plassen,...).**
- Wanneer mijn sekspartner symptomen heeft (genitale afscheiding, jeuk, pijn/bloeden bij vrijen, pijn/branderig gevoel bij plassen,...).
- **Na onveilige seks met iemand waarvan ik niet weet of hij/zij een SOA heeft.**
- Als ik in een vaste relatie zonder condoom wil vrijen.
- **Als ik merk dat anderen in mijn omgeving (vb. vriend(inn)en) dit doen.**
- Als een zorgverlener dit voorstelt.
- Prenataal testen, SOA niet overdragen op kind

2.2) *Stel dat je beslist om een SOA-test te laten doen, waar of bij wie zouden jullie je laten testen?*

Waarom?

- **Huisarts**
- **Gynaecoloog of andere zorgverleners zoals bv. dermatoloog**
- Ziekenhuisafdeling voor infectieziekten

- **SOA kliniek**
- **Studentenarts**

2.3) Wat houdt zo'n test in volgens jullie in?

SOA-test bij zorgverlener:

- Aantal vragen stellen over jezelf, je partner en het seksueel contact dat je gehad heb
- Op zoek naar mogelijke symptomen (mondholte/geslachtsdelen) zoals blaasjes, zweertjes, wratjes of andere symptomen
- Afname van SOA-test
 - Wattenstaafje inbrengen in vagina, urinebuis of aars
 - Wattenstaafje tegen de wand van de wang brengen
 - Urinestaal
 - Vingerprik
- Test naar laboratorium
- Laboratorium geeft resultaat door aan zorgverlener (ongeveer week wachten op resultaat)
- Zorgverlener brengt jou op de hoogte + indien nodig medicatie voorschrijven

3. Barrières bij het zich laten testen door de arts

Vervolgens gaan we verder met *mogelijke barrières* bij het zich laten testen door de arts. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat jongeren vaak barrières ervaren voor het zich laten testen bij de huisarts.

3.1) Wat zou jullie kunnen tegenhouden om jullie te laten testen bij de arts?

- **Het taboe rond SOA's.**
- Onvoldoende informatie over SOA's.
- **De financiële kost van een SOA-test.**
- **De tijd die een SOA-test in beslag neemt.**
- Verplaatsingsmoeilijkheden (transport) naar plaats voor afname van een SOA-test.
- **Ervaren van fysiek ongemak bij een SOA-test.**
- Ervaren van pijn bij een SOA-test.

- **Niet weten waar ik me kan laten testen op SOA's.**
- Onzekerheid over de anonimiteit bij een SOA-test.
- **Angst voor de reactie van mijn sekspartner en/of de invloed op mijn relatie.**
- **Angst om door anderen (bv. Ouders) te worden gezien op consultatie bij een zorgverlener/dat anderen het te weten komen.**
- Angst voor een mogelijks positieve uitslag.
- **Liever niet weten of ik al dan niet een SOA heb.**
- **De overtuiging dat ik niet vatbaar ben voor SOA's.**
- **Geen klachten of symptomen ervaren.**
- **Schaamte om over SOA's te spreken met een zorgverlener.**
- Schaamte omdat de zorgverlener kan denken dat ik onveilige seks heb gehad.

3.2) *Hoe zouden deze barrières volgens jullie weg kunnen gewerkt worden?*

- **Gaan naar studentenarts**
- **Vooral aanpak van belang: persoon je ligt of niet**
- **Er over spreken met ouders/vrienden**
- **SOA zelftesten**
- Sensibilisatie
- Jaarlijkse screening
- Campagnes rond SOA's

4. Intentie voor het gebruik van SOA-zelftesten

Als laatste willen we ook bekijken in welke mate zelftesten een goed alternatief zou kunnen zijn voor het zich laten testen door de huisarts. Eerst en vooral zullen we hierbij kijken in welke mate jullie het zouden zien zitten om een SOA-zelftest te gebruiken. Dit houdt in dat je zelf een test uitvoert en je dus niet naar een zorgverlener gaat hier voor. Er zijn twee mogelijke vormen waarin een SOA-zelftest kan aangeboden worden. De eerste mogelijkheid is dat je onmiddellijk na de test de resultaten zelf kan aflezen. De tweede mogelijkheid is dat je de test na afname bezorgt aan een laboratorium en dus pas later het resultaat weet. Hierbij zijn de mogelijke methodes van afname identiek als deze die door de huisarts kunnen worden gehanteerd namelijk wattenstaafje inbrengen

in vagina, urinebuis of aars; wattenstaafje tegen de wand van de wang brengen; urinestaal of vingerprik.

+ Momenteel enkel aparte testen, nog geen overkoepelend pakket die op alles kan testen

4.1) Zouden jullie een zelftest voor SOA's gebruiken? Waarom wel/niet?

=> Welke test? Waarom?

- SOA-zelftest via laboratorium
 - **Betrouwbaarder**
- SOA-doe-het-zelf-test
 - **Werkbelasting van labo verminderen**
 - **Tussenstap**

=> Welke methode van afname? Waarom?

- Wattenstaafje inbrengen in vagina, urinebuis of aars
- Wattenstaafje tegen de wand van de wang brengen
- Urinestaal
- Vingerprik

4.3) Wat zou je tegenhouden om een SOA-zelftest te gebruiken?

- Het taboe rond SOA's.
- **Onvoldoende informatie over SOA's.**
- **De financiële kost van een SOA-zelftest.**
- Het afwachten van het resultaat bij een SOA-lab-zelftest.
- Het moeten inleveren van het staal bij een SOA-lab-zelftest.
- **Ervaren van fysiek ongemak bij de SOA-zelftest.**
- Ervaren van pijn bij de SOA-zelftest.
- **Niet weten waar of hoe ik een SOA-zelftest kan kopen; niet weten waar of hoe ik het staal van een SOA-lab-zelftest kan terugbezorgen.**
- Onzekerheid over de anonimiteit bij het testresultaat van een SOA-lab-zelftest.
- Angst voor de reactie van mijn sekspartner en/of de invloed op mijn relatie.
- **Schaamte om de SOA-zelftest te kopen.**

- Angst voor een mogelijks positieve uitslag.
- Liever niet weten of ik al dan niet een SOA heb.
- De overtuiging dat ik niet vatbaar ben voor SOA's.
- Geen klachten of symptomen ervaren.
- Betwijfelen of ik het staal van een SOA-zelftest (correct) kan afnemen.
- Betwijfelen of het testresultaat van een SOA-doe-het-zelftest correct zal zijn: dit wordt immers niet in een laboratorium gecontroleerd.
- **De afwezigheid van een zorgverlener (om vragen aan te stellen,...)**
- **Foutenmarge**
- **Toch nog langs gaan bij de arts indien positief**

4.4) *Wat zou je net aanzetten om een SOA-zelftest te gebruiken?*

- **Gevoel van controle (aangezien ik zelf degene ben die het staal afneemt).**
- **Gevoel van privacy/anonimiteit (aangezien er geen/enkel op eigen vraag contact is met een zorgverlener).**
- Geen of minder fysiek ongemak ervaren (aangezien ik zelf degene ben die het staal afneemt).
- Geen of minder pijn ervaren (aangezien ik zelf degene ben die het staal afneemt).
- **Gebruiksvriendelijk: testen wanneer je wilt (geen afspraak moeten vastleggen met een zorgverlener).**
- Vroeger stadium ontdekken/snellere uitslag
- Geeft zekerheid en geruststelling
- **Financieel lagere kost?**
- **Anderen die zich ook laten testen**

5. Gedragscontrole/eigen effectiviteit omtrent zelftests voor SOA's

We hebben nu algemeen gekeken naar wat jullie visie is omtrent SOA-zelftesten. Nu gaan we ook na wat jullie opvattingen zijn ten aanzien van het uitvoeren van een zelf-test.

5.1) *Denk je dat jongeren capabel zijn om een zelftest uit te voeren?*

=> *Vanaf welke leeftijd?*

=> *Verschil naargelang geslacht/opleidingsgraad?*

5.2) *Wat denk je dat jongeren moeilijk/makkelijk zullen vinden aan het uitvoeren van zelftests voor SOA 's?*

5.3) *Zijn er volgens jullie zaken die voor jongeren helpend zouden kunnen zijn bij de uitvoering van een SOA-zelftest?*

6. Voorwaarden en voorkeuren voor zelftests

Vervolgens gaan we na hoe SOA zelftests dan het best kunnen aangeboden worden en wat er dient te gebeuren als de test positief blijkt te zijn. Eerst gaan we de voorwaarden en voorkeuren nagaan voor zelftests.

6.1) *Waar is het volgens jullie voor jongeren het gemakkelijkst om de SOA-zelftest op te halen?*

Waarom?

- Apotheek**
- Supermarkt**
- Huisartsenpraktijk of gynaecoloog**
- Ziekenhuis
- School**
- Laboratorium
- Automaat**
- Via internet (online)**
- JAC**

6.2) *Waar/hoe zouden, volgens jullie, jongeren de zelftesten daarna liefst terug afgegeven?*

Waarom?

- Deponeren in een box/brievenbus van een apotheek
- Deponeren in een box/brievenbus van een supermarkt
- Deponeren in een box/brievenbus van een huisartsenpraktijk**
- Deponeren in een box/brievenbus van een ziekenhuis

- Deponeren in een box/brievenbus op school
- Deponeren in een box/brievenbus van een laboratorium
- Deponeren in een box/brievenbus bij een automaat
- **Versturen per post naar een laboratorium**

6.3) *Wat dient zeker aanwezig te zijn qua instructies/informatie bij de zelftests voor SOA's?*

- **Bijsluiter met prenten**
- **Indien test positief naar huisarts gaan**

6.4) *Wat is de maximumprijs dat jullie zouden betalen voor zelftesten voor SOA's?*

7. Vervolgstappen indien positieve test

Nu gaan verder met wat volgens jullie dient te gebeuren indien de SOA zelf-test positief blijkt te zijn. Een positieve test houdt in dat je een SOA hebt.

7.1) *Hoe dient meegedeeld te worden dat een test positief/negatief is (ZELFTEST VIA LABO)?*

- **Ophalen bij een zorgverlener**, met aansluitend een verplichte consultatie indien de test positief was
- Ophalen bij een zorgverlener, met aansluitend een verplichte consultatie onafhankelijk van het testresultaat.
- Ophalen bij een zorgverlener, met aansluitend een consultatie indien je dit zelf wenst.
- Ophalen bij een laboratorium en er een brief wordt meegegeven, waarin telkens wordt uitgelegd welke volgende stappen je dient te ondernemen indien de test positief
- **Via een brief per post**, waarin telkens wordt uitgelegd welke volgende stappen je dient te ondernemen indien de test positief was
- **Via e-mail**, waarin telkens wordt uitgelegd welke volgende stappen je dient te ondernemen indien de test positief was
- Via sms, waarin telkens wordt uitgelegd welke volgende stappen je dient te ondernemen indien de test positief was

INDIEN SOA DOE-HET-ZELFTEST: Waarvan dient de doe-het-zelftest voorzien te worden voor mensen waarvan de zelftest positief blijkt te zijn?

7.2) *Partnerwaarschuwing van belang indien test positief?*

AFRONDING

We hebben nu enkel bekeken of SOA-zelftest een goed alternatief kunnen zijn voor de husiarts. Afsluitend vroeg ik mij nog af of jullie nog andere alternatieven kunnen bedenken die helpend zouden kunnen zijn om jongeren aan te zetten om zich meer te laten testen?

- **Jongerencentrum/studentenarts**
- **Preventief blijven werken via informatievoorziening/campagnes + onderwijs**
- **Partnerwaarschuwing**
- Sensibiliseringsweek
- **Voorlichtingscampagnes**
- Het meer in de media komen van SOA's buiten zelftests

SAMENVATTENDE VRAAG: Wat zijn volgens jullie nu de essentiële elementen om een SOA zelftest kwaliteitsvol aan te bieden?

Dit was het interview. Zijn er nog zaken die jullie willen toevoegen of hebben jullie nu nog vragen? Bedankt dat jullie tijd hebben willen vrijmaken voor dit focusgroepgesprek. Als ik mijn onderzoek heb afgerond, stuur ik jullie via e-mail het resultaat.

Bijlage 4: Interviewguide voor studentenartsen

VOORAF

Ik wil u alvast bedanken voor uw deelname aan mijn onderzoek. Ik zal eerst mezelf even kort voorstellen en het doel en verloop van het onderzoek kort toelichten. Ik ben Babette Desmadryl, ik ben 24 jaar, en zelf volg ik momenteel de master in gezondheidsvoorlichting en -bevordering.

Het doel van dit onderzoek, dat ik doe voor mijn masterproef, is nagaan hoe het aantal SOA's bij jongeren kan teruggedrongen worden. Hierbij zullen we bekijken welke barrières er zijn om zich te laten testen op SOA's en of SOA-zelftesten een alternatief kunnen zijn. Het leek ons verder belangrijk om de bedenkingen van artsen te includeren.

Eerst zal ik samen met u de informed consent overlopen. Hiermee geeft u mij de toestemming om uw gegevens te verwerken in het kader van mijn masterproef en eventueel een wetenschappelijk artikel. Het gesprek zal opgenomen worden maar ik verzeker u dat alles vertrouwelijk en anoniem zal gebeuren. Op het eerste blad staat meer informatie over het onderzoek en mag u bij zich houden. Het tweede blad is de informed consent. (samen overlopen van informed consent) Zijn er nog vragen hieromtrent? (Na het beantwoorden van de vragen) Dan heb ik enkel nog een handtekening nodig van u zodat u mij de toestemming geeft voor hetgeen we juist besproken hebben.

INTERVIEW ZELF

1. Ervaring met SOA's in de praktijk

Om te starten, zal ik enkele vragen stellen over uw ervaringen met jongeren met SOA's binnen uw praktijk.

1.1) Komt u in uw praktijk veel in contact met jongeren die een SOA hebben?

=> Welke SOA's komen volgens jou het meest voor bij jongeren?

De meest courante SOA's binnen de Europese populatie zijn chlamydia, genitale wratten, gonorrhoe, syfilis en HIV

1.2) Communiceert u vaak met jongeren omtrent seksuele gezondheid/SOA's?

=> In welke omstandigheden start u een gesprek over seksuele gezondheid met jongeren?

=> *Waarom start u geen gesprek met jongeren hieromtrent?*

=> *Met wie wel/niet?*

Mogelijke barrières uit onderzoek:

- Taalbarrières
- culturele verschillen
- ongepast om het thema aan te halen
- **patiënt hiermee niet willen lastig vallen**
- **aanwezigheid van de moeder of partner**
- het is het eerste contact met een patiënt
- **gebrek aan tijd**
- **gebrek aan vaardigheden en kennis**
- moeite hebben met het vinden van de juiste woorden
- het is de taak niet van een arts
- afwezigheid van genitale klachten

1.3) Wat kan je helpen om meer met jongeren te praten over seksualiteit (indien nodig)?

- educatie
- feedback
- het regelmatig opfrissen van de praktijkrichtlijn

1.4) Hoe gaat u in het algemeen te werk wanneer u een SOA-test aanbiedt?

=> *Stelt u het zelf voor of biedt u het pas aan als de jongere er om vraag of zijn/haar risicogedrag te sprake brengt?*

=> *Biedt u het aan als routine aan jonge patiënten waarvan u weet/vermoed dat ze seksueel actief zijn?*

- Aantal vragen stellen over jongere, zijn/haar partner en het seksueel contact dat hij/zij gehad heb
- Op zoek naar mogelijke symptomen (mondholte/geslachtsdelen) zoals blaasjes, zweertjes, wratjes of andere symptomen
- Afname van SOA-test
 - Wattenstaafje inbrengen in vagina, urinebuis of aars

- Wattenstaafje tegen de wand van de wang brengen
- Urinestaal
- Vingerprik
- Test naar laboratorium
- Laboratorium geeft resultaat door (ongeveer week wachten op resultaat)
- Jongere op hoogte brengen + indien nodig medicatie voorschrijven

2. Barrières voor jongeren om zich te laten testen

Vervolgens gaan we verder met het bespreken van *mogelijke barrières* die jongeren kunnen ervaren bij SOA-testen door de arts.

2.1) *Wat denkt u dat mogelijke barrières voor jongeren kunnen zijn om zich bij een arts te laten testen?*

- Het taboe rond SOA's.
- **Onvoldoende informatie over SOA's.**
- De financiële kost van een SOA-test.
- De tijd die een SOA-test in beslag neemt.
- Verplaatsingsmoeilijkheden (transport) naar plaats voor afname van een SOA-test.
- Ervaren van fysiek ongemak bij een SOA-test.
- Ervaren van pijn bij een SOA-test.
- Niet weten waar ik me kan laten testen op SOA's.
- **Onzekerheid over de anonimiteit bij een SOA-test.**
- Angst voor de reactie van mijn sekspartner en/of de invloed op mijn relatie.
- **Angst voor de reactie van ouders**
- **Angst om door anderen te worden gezien op consultatie bij een zorgverlener.**
- **Angst voor een mogelijks positieve uitslag.**
- Liever niet weten of ik al dan niet een SOA heb.
- De overtuiging dat ik niet vatbaar ben voor SOA's.
- Geen klachten of symptomen ervaren.
- **Schaamte om over SOA's te spreken met een zorgverlener.**
- **Schaamte omdat de zorgverlener kan denken dat ik onveilige seks heb gehad.**

2.2) *Hoe denkt u dat jongeren kunnen aangezet worden om zich te testen door een huisarts?*

3. Kennis, attitude en ervaring met zelftests

Als laatste willen we ook bekijken in welke mate zelf-testen een goed alternatief zouden kunnen zijn om de barrières die jongeren mogelijk ervaren bij een huisarts te voorkomen. Eerst en vooral zullen we hierbij kijken wat u al weet omtrent zelftests. Daarna zullen we bekijken wat u vindt van zelftesten.

3.1 Kennis omtrent zelftests

3.1.1) Wat weet u omtrent zelftests, de verspreiding en het gebruik er van?

Kennis omtrent gebruik/zelftests:

Staalafnames:

- wisser inbrengen in vagina, urinebuis of aars
- wisser tegen de wand van de wang brengen
- Urinestaal
- Vingerprik

2 soorten testen:

- SOA-zelf-test via laboratorium (HPV, chlamydia, syfilis, gonorrhoe en HIV)
= Test na afname bezorgt aan een laboratorium en dus pas later het resultaat weten.
- SOA-doe-het-zelf-test (beschikbaar voor chlamydia, syfilis, gonorrhoe en hiv)
= Meteen na test zelf het resultaat aflezen

+ momenteel nog geen testkit om te testen op alle mogelijke SOA's, telkens per SOA of per 2 soa's test te verkrijgen

Kennis omtrent verspreiding:

- Verspreid via internet, apotheken, winkels of ziekenhuizen.
- Via post op te sturen naar het laboratorium + resultaten kunnen telefonisch of via e-mail aan de jongere meegegeven OF initiatief tot opvragen bij jongere
- Doe-het-zelf-tests, onmiddellijk resultaat + door de jongeren te interpreteren

3.1.2) *Heeft u een zicht op zelftesten die reeds worden aangeboden?*

=> *Heeft u al patiënten gehad die een zelftest gebruikten?*

3.2 Attitude met betrekking tot zelftests

3.2.1) *Wat zijn volgens u de voordelen van zelftests?*

- **Minder pijnlijk en comfortabeler**
- **meer privacy**
- **anonimiteit**
- makkelijk uit te voeren
- controle hebben over de test
- **geen gevoel van schaamte of stigma ervaren**
- geen schrik voor controle op drugs
- **Tussendoor testen op SOA's (toegang verhogen)**
- geen wachttijden
- geen verplaatsingsmoeilijkheden
- financiële voordelen aangegeven
- HIV: Partners screen voor geslachtsgemeenschap waardoor men minder risico's neemt

3.2.2) *Wat zijn volgens u de nadelen van zelftests?*

- minder betrouwbaar en accuraat
- **een verhoogde kans op een vals-positieve test**
- een gevoel van ongemak kunnen oproepen
- **vaardigheden nodig om de test uit te voeren + interpretatie er van**
- als bevestiging nog een standaardtest moet laten uitvoeren
- **face to face instructies van en interactie met een arts ontbreekt**
- mogelijke kosten
- vertraging kan zijn op het verkrijgen van de resultaten
- **Gebrekkige informatievoorziening** (cfr. Testwijzer om keuze te maken uit SOA testen, juiste informatie over SOA's en al dan niet laten testen, informatie over windowfase, partnerwaarschuwing)

- Het enkel aanbieden van SOA testen per SOA en niet één testpakket voorzien voor alle SOA's.
- **De soms gebrekkig doorverwijzing naar een arts of het bieden van mogelijkheden voor nazorg indien de test positief is.**
- HIV: vals-negatief resultaat cfr. Incubatietijd + bij negatieve test dus mogelijks risicovoller

3.2.3) *Zou u zelftests aanraden aan patiënten? Waarom wel/niet?*

=> *Vindt u het ethisch verantwoord om zelftesten aan te bieden aan jongeren? Waarom wel/niet?*

=> *vanaf welke leeftijd?*

4) *Denkt u dat jongeren in staat zijn om een zelftest voor SOA's uit te voeren?*

=> *Wat zouden volgens u barrières kunnen zijn voor jongeren op vlak van uitvoering van de zelftests?*

=> *Wat zou helpen om deze te overkomen?*

4. Voorkeuren en voorwaarden voor zelftest

Vervolgens gaan we na hoe SOA zelftests dan het best kunnen aangeboden worden en wat er dient te gebeuren als de test positief blijkt te zijn. Eerst gaan we de voorwaarden en voorkeuren nagaan voor zelftests.

4.1) *Wat dient volgens u aanwezig te zijn om zelftests te kunnen aanbieden?*

- Geïllustreerd instructies
- Goede samenwerking tussen ziekenhuizen en diensten die worden aangeboden buiten de ziekenhuissetting
- Informatie rond behandeling, counseling en follow-up of doorverwijzing hiervoor
- Goedkope testen (maximum 15 dollar + gratis = kwaliteit?)
- Plaats waar niet enkel SOA testen verkregen kunnen worden

4.2) *Welke zelftest zijn volgens u het best/meest gebruiksvriendelijk? Waarom?*

- Doe het zelf testen

Testen via laboratorium

- staalafnames

4.3) Hoe worden zelftests volgens u best verspreid?

- Apotheek
- Supermarkt
- Huisartsenpraktijk
- Ziekenhuis
- School
- Laboratorium
- Automaat
- Via internet (online)

4.4) Laboratorium: Hoe zelftesten terug afleveren?

- Deponeren in een box/brievenbus van een apotheek
- Deponeren in een box/brievenbus van een supermarkt
- Deponeren in een box/brievenbus van een huisartsenpraktijk
- Deponeren in een box/brievenbus van een ziekenhuis
- Deponeren in een box/brievenbus op school
- Deponeren in een box/brievenbus van een laboratorium
- Deponeren in een box/brievenbus bij een automaat
- Versturen per post naar een laboratorium

5. Vervolgstappen indien positieve test

Nu gaan verder met wat volgens jullie dient te gebeuren indien de SOA-zelftest positief blijkt te zijn.

5.1) Wat zijn uw eigen ervaringen met het brengen van de boodschap dat de test positief is? Wat is belangrijk als je zo 'n boodschap brengt?

5.2) *Hoe wordt bij een zelftest via het laboratorium volgens u best meegedeeld dat een test positief/negatief is?*

- Ophalen bij een zorgverlener, met aansluitend een verplichte consultatie indien de test positief was
- Ophalen bij een zorgverlener, met aansluitend een verplichte consultatie onafhankelijk van het testresultaat.
- Ophalen bij een zorgverlener, met aansluitend een consultatie indien je dit zelf wenst.
- Ophalen bij een laboratorium en er een brief wordt meegegeven, waarin telkens wordt uitgelegd welke volgende stappen je dient te ondernemen indien de test positief
- Via een brief per post, waarin telkens wordt uitgelegd welke volgende stappen je dient te ondernemen indien de test positief was
- Via e-mail, waarin telkens wordt uitgelegd welke volgende stappen je dient te ondernemen indien de test positief was
- Via sms, waarin telkens wordt uitgelegd welke volgende stappen je dient te ondernemen indien de test positief was

5.3) *Waarvan dient de doe-het-zelftest voorzien te worden voor mensen waarvan de zelftest positief blijkt te zijn?*

- Beschikbaarheid van een telefoonnummer met vermelding van openingstijden, voor begeleiding bij testuitslagen waar bij voorkeur een arts of verpleegkundige met ervaring in de SOA-zorg, begeleiding en nazorg biedt.
- Verwijzing naar huisarts of SOA-poli bij een positieve uitslag, met een uit te printen of digitaal op te slaan formulier waarop de gegevens van het lab staan en de gegevens van de deelnemer en testuitslagen

AFRONDING

We hebben nu enkel bekeken of SOA-zelftest een goed alternatief kunnen zijn voor de huisarts. Afsluitend vroeg ik mij nog af of u nog andere alternatieven kan bedenken die zouden kunnen helpen om jongeren aan te zetten om zich meer te laten testen?

- Sensibiliseringsweek
- voorlichtingscampagnes
- het meer in de media komen van SOA's buiten zelftests

SAMENVATTENDE VRAAG: Wat zijn volgens jullie nu de essentiële elementen om een SOA zelftest kwaliteitsvol aan te bieden?

Dit was het interview. Zijn er nog zaken die u wilt toevoegen of heeft u nu nog vragen?

Bedankt dat u tijd hebt willen vrijmaken voor dit interview. Als ik mijn onderzoek heb afgerond, stuur ik u via e-mail het resultaat.

Bijlage 5: Informatieblad en informed consent voor jongeren

INFORMATIEBLAD

Doordat er de laatste jaren een sterke stijging merkbaar is in de rapportage van het aantal SOA's in Vlaanderen rijst de vraag hoe deze stijging meer onder controle kan gehouden worden.

Het doel van deze masterproef die wordt opgezet vanuit de universiteit van Gent, met Kristien Michiels als promotor en Heleen Vermandere als co-promotor, is dan ook om na te gaan wat de barrières zijn van SOA-testen bij jongeren en of jongeren een zelftest voor SOA's een aanvaardbaar alternatief vinden. Daarnaast zal ook het praktische aspect besproken worden, met name hoe zelftests kunnen aangeboden worden, hoe resultaten zouden kunnen meegedeeld worden en welke de vervolgstappen zijn die kunnen gezet worden indien de test positief is.

Eerst werd een literatuurstudie gedaan omtrent SOA-testen en zelftesten om al een eerste beeld te krijgen omtrent het thema. Via focusgroep-gesprekken met 6 à 10 jongeren tussen 18 en 24 jaar en semigestructureerde interviews met 2 studentenartsen en 2 sleutelinformanten willen we nog een duidelijker beeld krijgen omtrent voorgaande zaken. De focusgroep-interviews zullen ongeveer 1,5 uur duren. Deze gesprekken zullen opgenomen worden. De audio zal dan later uitgetypt en geanalyseerd worden.

Hierbij zal er aandacht worden gegeven aan het feit dat alles anoniem en vertrouwelijk zal gebeuren. Naast mij zullen enkel mijn promotor en co-promotor toegang krijgen tot de verzamelde data. Hierbij zal de anonimiteit behouden blijven door de identiteit van de participanten niet te vermelden. Daarnaast zal ik ook rekening houden met de privacy van de deelnemers door niets uit de interviews te gebruiken zonder toestemming. Aan de deelname aan het onderzoek zijn voorst geen risico's verbonden.

Na de focusgroep-interviews wordt er ruimte ingelast voor debriefing. Zo wordt dan ook de mogelijkheid geboden om vragen te stellen. Daarnaast zullen de resultaten na de afronding van het onderzoek via e-mail meegedeeld worden.

INFORMED CONSENT

Titel van het onderzoek: “Aanvaardbaarheid van SOA zelf-tests bij jongeren.”

Doel van het onderzoek: De barrières van SOA-tests en de aanvaardbaarheid nagaan van SOA zelf-tests. Hierbij is het de bedoeling om zowel de mogelijke voordelen als de hindernissen te achterhalen. Daarnaast zal ook nagegaan worden hoe alles dan best wordt georganiseerd. Dit zal verwezenlijkt worden door focusgroep-interviews bij jongeren af te nemen. Daarnaast zullen ook artsen en eventueel andere instanties worden geïnterviewd.

Risico's: Er zijn geen risico's verbonden aan de deelname aan deze studie

Vergoeding: Onder de deelnemers zullen 20 cadeaubonnen van Fnac ter waarde van 25 euro verloot worden. De winnaars zullen persoonlijk op de hoogte gebracht worden.

Voor extra info en vragen:

Babette Desmadryl

Hommelhofstraat 14

8900 Ieper

Babette.Desmadryl@Ugent.be

0495 35 18 05

Promotor: Kristien Michielsens

Kristien.Michielsen@Ugent.be

Co-promotor: Heleen Vermandere

Heleen.Vermandere@Ugent.be

Ik,(respondent), verklaar bij deze dat ik voldoende informatie heb gekregen m.b.t. de opzet alsook het doel van dit onderzoek. Ik neem op vrijwillige basis deel en geef mijn toestemming aan Babette Desmadryl om de verkregen interviewgegevens te verwerken in haar masterproef die uitgaat van de universiteit Gent, volledig anoniem weliswaar. Ik heb de kans gekregen om op ieder tijdstip mijn deelname aan het onderzoek stop te zetten of om op bepaalde vragen niet te antwoorden indien ik dit niet wilde. Ik kreeg nadien ook de mogelijkheid om vragen te stellen.

Ik, Babette Desmadryl (onderzoeker), verklaar hierbij dat ik de gegevens verkregen uit alle interviews op een vertrouwelijke manier zal verwerken en daarbij de anonimiteit van de respondenten ten allen tijde zal respecteren.

Datum:

Handtekening respondent,

Handtekening onderzoeker,

Bijlage 6: Informatieblad en informed consent voor studentenartsen

INFORMATIEBLAD

Doordat er de laatste jaren een sterke stijging merkbaar is in de rapportage van het aantal SOA's in Vlaanderen rijst de vraag hoe deze stijging meer onder controle kan gehouden worden.

Het doel van deze masterproef die wordt opgezet vanuit de universiteit van Gent, met Kristien Michiels als promotor en Heleen Vermandere als co-promotor, is dan ook om na te gaan wat de barrières zijn van SOA-testen bij jongeren en of jongeren een zelftest voor SOA's een aanvaardbaar alternatief vinden. Daarnaast zal ook het praktische aspect besproken worden, met name hoe zelftests kunnen aangeboden worden, hoe resultaten zouden kunnen meegedeeld worden en welke de vervolgstappen zijn die kunnen gezet worden indien de test positief is.

Eerst werd een literatuurstudie gedaan omtrent SOA-testen en zelftesten om al een eerste beeld te krijgen omtrent het thema. Via focusgroep-gesprekken met 6 à 10 jongeren tussen 18 en 24 jaar en semigestructureerde interviews met studentenartsen en een korte vragenlijst voor apothekers willen we nog een duidelijker beeld krijgen omtrent voorgaande zaken. De semigestructureerde interviews zullen ongeveer 1 uur duren. Deze gesprekken zullen opgenomen worden. De audio zal dan later uitgetypt en geanalyseerd worden.

Hierbij zal er aandacht worden gegeven aan het feit dat alles anoniem en vertrouwelijk zal gebeuren. Naast mij zullen enkel mijn promotor en co-promotor toegang krijgen tot de verzamelde data. Hierbij zal de anonimiteit behouden blijven door de identiteit niet te vermelden. Daarnaast zal ik ook rekening houden met de privacy van de deelnemers door niets uit de interviews te gebruiken zonder toestemming. Aan de deelname aan het onderzoek zijn voorst geen risico's verbonden.

Na de afronding van het onderzoek zullen de resultaten via e-mail meegedeeld worden.

INFORMED CONSENT

Titel van het onderzoek: “Aanvaardbaarheid van SOA zelftests bij jongeren.”

Doel van het onderzoek: De barrières van het zich laten testen op SOA’s en de aanvaardbaarheid nagaan van SOA-zelftesten. Hierbij is het de bedoeling om zowel de mogelijke voordelen als de hindernissen te achterhalen. Daarnaast zal ook nagegaan worden hoe alles dan best wordt georganiseerd. Dit zal verwezenlijkt worden door focusgroepinterviews bij jongeren af te nemen. Daarnaast zullen ook artsen en sleutelinformanten worden geïnterviewd.

Vergoeding: Niet van toepassing.

Voor extra info en vragen:

Babette Desmadryl

Hommelhofstraat 14

8900 Ieper

Babette.Desmadryl@Ugent.be

Promoter: Kristien Michiels

Kristien.Michiels@Ugent.be

Co-promoter: Heleen Vermandere

Heleen.Vermandere@Ugent.be

Ik,(respondent), verklaar bij deze dat ik voldoende informatie heb gekregen m.b.t. de opzet alsook het doel van dit onderzoek. Ik neem op vrijwillige basis deel en geef mijn toestemming aan Babette Desmadryl om de verkregen interviewgegevens te verwerken in haar masterproef die uitgaat van de universiteit Gent, volledig anoniem weliswaar. Ik heb de kans gekregen om op ieder tijdstip mijn deelname aan het onderzoek stop te zetten of om op bepaalde vragen niet te antwoorden indien ik dit niet wilde. Ik kreeg nadien ook de mogelijkheid om vragen te stellen.

Ik, Babette Desmadryl (onderzoeker), verklaar hierbij dat ik de gegevens verkregen uit alle interviews op een vertrouwelijke manier zal verwerken en daarbij de anonimiteit van de respondenten ten allen tijde zal respecteren.

Datum:

Handtekening respondent,

Handtekening onderzoeker,