Het spiraal in de eerste lijn: visie van de patiënt

Linthout Lore, Universiteit Gent

Promotor: Professor Dirk Avonts, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2017 – 2018

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

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

Abstract

Achtergrond

Het plaatsen van een spiraal zou een mooie aanvulling van het takenpakket van de huisarts kunnen zijn. Dit past tevens binnen het kader van het opvolgen van patiëntes en het contraceptiebeleid. In mijn opleidingspraktijk zijn er echter weinig vrouwen die hiervoor consulteren bij de huisarts.

Doel

Het doel van deze studie is enerzijds te achterhalen wat de algemene kennis is van onze patiëntes over contraceptie. Anderzijds wordt ook nagegaan wat de beweegredenen zijn om het spiraal al dan niet te laten plaatsen bij de huisarts. Op basis hiervan kunnen we dan aanpassingen maken in ons beleid om zo het plaatsen van het spiraal meer in de eerste lijn te krijgen.

Methodologie

Analyse van de patiëntengegevens van onze praktijk toont aan dat 72 (9%) van de 798 vrouwen tussen de 18 en 55 jaar een spiraaltje (gehad) hebben. Per jaar worden er 2 tot 3 spiraaltjes geplaatst in de praktijk. Dit betekent dat patiëntes van onze praktijk eerder bij de gynaecoloog gaan om dit te laten plaatsen. In de literatuurstudie is nagegaan wat de algemene barrières zijn aangaande plaatsing van het spiraal en op basis hiervan is een vragenlijst opgesteld. Dit enerzijds om specifiek voor onze patiëntenpopulatie na te gaan wat hun kennis is over contraceptie en in het bijzonder het spiraal. Anderzijds om te achterhalen wat hun drijfveer is om het spiraal al dan niet te laten plaatsen en meer specifiek bij de huisarts. In totaal zijn er 55 correct ingevulde vragenlijsten geïncludeerd.

Resultaten

De algemene conclusie die men kan trekken is dat het informeren van de patiënt nog een groot werkpunt is. De belangrijkste bronnen van kennis over contraceptie zijn de gynaecoloog, seksuele opvoeding op school en vrienden. Patiënten lijken de gynaecoloog ook meer te vertrouwen in het plaatsen van spiraaltjes. Verder blijkt dat 38 van de 51 patiënten (74,5%) niet wisten dat het plaatsen van een spiraal mogelijk is bij de huisarts. Herhaalvoorschriften voor contraceptie zijn het ideale moment om dit onderwerp aan te halen, informatie mee te geven en het vertrouwen van de patiënt hierin te winnen.

Dankwoord

Er zijn verschillende mensen die ik wil bedanken voor hun hulp.

Allereerst wil ik mijn vriend Christophe bedanken. Hij is degene waardoor ik de nodige tijd vond om deze masterproef te kunnen schrijven. Door zijn hulp heb ik mij de afgelopen 2 jaar kunnen focussen op mijn opleiding tot huisarts en alle bijhorende taken waaronder deze masterproef.
Hij stond altijd klaar wanneer het even minder ging en gaf mij zijn onvoorwaardelijke steun.

Verder wil ik ook mijn promotor prof. dr. Dirk Avonts bedanken. De overlegmomenten gaven mij steeds weer nieuwe inzichten en wezen mij in de goede richting voor de verdere aanpak van dit werkstuk.

Hierbij aansluitend wil ik mijn collega dr. Emmanuel Samyn bedanken. Hij heeft deze masterproef van dichtbij mee opgevolgd en bijgestuurd. Wanneer er op het laatste nippertje nog zaken besproken of nagekeken moesten worden, vond hij hiervoor steeds de tijd.

Voor het uitdelen van de enquêtes en de daar bijhorende uitleg, kon ik beroep doen op de secretaresses van onze praktijk Leen Borms en Lynn Viette, waarvoor dank.

Verder wil ik ook nog Ester D'Hoe bedanken voor het uitleggen van het gebruik van Excel. Ook een dikke dankuwel aan mijn zus Lies Linthout en mijn mama Ann Van Droogenbroeck voor het nalezen van mijn thesis op taalfouten.

Bedankt aan alle mensen die mij tijdens dit proces hebben gesteund met een vriendelijk en bemoedigend woord.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 1

1.1. Achtergrond 1

1.2. Relevantie 2

1.3. Design 2

1.4. Onderzoeksvragen 3

1.5. Visgraatanalyse 3

2. Oriënterend literatuuronderzoek 4

2.1. Methodologie 4

2.2. Resultaten 4

2.2.1. Cijfers wereldwijd 4

2.2.2. Cijfers België 5

2.3. Zorgverleners 6

2.4. Patiënten 7

3. Onderzoeksmethodiek 12

3.1. Vragenlijst 12

3.2. Populatie 12

4. Discussie 13

4.1. Samenvatting resultaten 13

4.1.1. Leeftijd 13

4.1.2. Pariteit 20

4.1.3. Huidig contraceptiemiddel 26

4.2. Sterktes en zwaktes 30

4.3. Praktijk: Leerpunten en hoe dit toe te passen 33

5. Besluit 35
Afkortingen 36
Bronnen 37
Bijlages 40
A. Vragenlijst 40
Algemeen 40
Kennis contraceptie 41
Spiraal 42
Enkele quizvragen 45
B. Antwoorden quizvragen 47
C. Patiëntenbrief + informed consent 49
D. Grafieken en bijhorende tabellen 53
1. Leeftijd 53
2. Pariteit 65
3. Huidig contraceptiemiddel 97
E. Goedgekeurd protocol en gunstig advies ethisch comité

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

Mijn interesse in het plaatsen van spiraaltjes groeide tijdens mijn stageperiode in Nederland. Daar heb ik in 2015 gedurende twee maanden de kans gekregen kennis te maken met de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Opvallend was dat er regelmatig patiëntes op consultatie kwamen voor het plaatsen van een spiraaltje.

Een jaar later mocht ik als HAIO aan de slag in een groepspraktijk gelegen in Aalst. Er viel mij op dat er in deze praktijk amper iemand langskwam met de vraag over het spiraal. Laat staan dat deze dan ook regelmatig geplaatst werden.

Het plaatsen van een spiraal lijkt mij een mooie aanvulling van het takenpakket van een huisarts. Het past binnen het kader van het opvolgen van patiëntes en het contraceptiebeleid. Dan is de uiteindelijke vraag hoe het komt dat patiëntes voor het spiraaltje amper bij de huisarts gaan en hoe we dit eventueel kunnen veranderen.

<u>Cijfers huisartsenpraktijk Saeys.</u>

Huisartsenpraktijk Saeys heeft 798 actieve patiëntes tussen de 18 en 55 jaar met een GMD in 2017 – 2018.

Als zoekcriteria in het medisch dossier zijn gebruikt: ‘Mirena’, ‘Jaydess’, ‘Kyleena’, ‘spiraal’, ‘koperspiraal’, ‘Mithra’ en ‘IUD’. Er is gezocht binnen de velden (‘items’): ‘Geneesmiddelenvoorschrift’, ‘probleem’, ‘toegediende behandeling’ en ‘actieplan’.

Uit deze analyse is gebleken dat 72 (9%) van deze 798 vrouwen een spiraal (gehad) hebben. Van deze 72 vrouwen hebben 64 (88,9%) een mirena-spiraal, 3 (4,2%) een Kyleena-spiraal, 4 (5,6%) een Jaydess-spiraal en 1 (1,4%) een koperspiraal.

1.2. Relevantie

De bedoeling van de studie was achterhalen wat vrouwen tegenhoudt om een spiraal te laten plaatsen bij de huisarts. Ook de meer algemene barrières tot plaatsing van een spiraal werden nagegaan.

Als we een studie uitvoeren over het plaatsen van spiraaltjes in de eerste lijn met de bedoeling dit ook aan te bieden aan onze patiëntes is het natuurlijk de bedoeling dat we deze vaardigheid hebben. Een infomoment werd georganiseerd voor de artsen van de praktijk met de bedoeling dat minstens twee van de huisartsen dit ook kunnen plaatsen in de toekomst.

Er zijn veel voordelen aan het spiraal, maar één daarvan is ook ‘maatschappelijk’ gebonden. Er is namelijk een bepaalde patiëntenpopulatie waar je als arts net iets meer controle wilt over hun contraceptiegebruik. Wanneer er een kinderwens is, moet het spiraal eerst verwijderd worden. Dit geeft een mooie kans om met die mensen in te gaan op hun kinderwens en zo eventueel overhaaste beslissingen wat uit te stellen. Indien zij overtuigd zijn een kindje te krijgen, is het een gelegenheid om preconceptieadvies mee te geven en deze mensen van in het begin goed op te volgen.

Uiteindelijk is het de bedoeling onze patiëntes te informeren over het spiraal, maar ook de andere anticonceptiemiddelen moeten aan bod komen om zo het meest geschikte middel aan de patiënt te kunnen aanbieden.

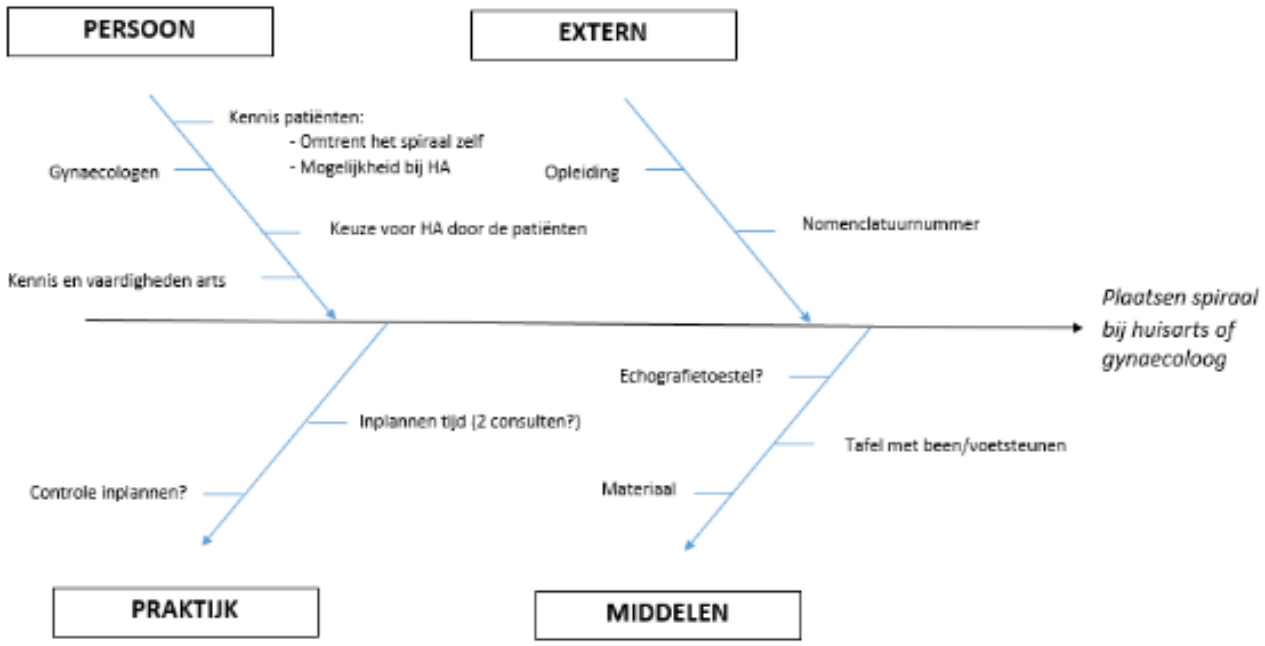
1.3. Design

Het betreft hier een kwalitatief onderzoek waarbij patiëntes gevraagd werden een vragenlijst in te vullen. Een totaal van 59 vrouwen heeft de vragenlijst ingevuld, waarvan er 4 geëxcludeerd werden wegens geen getekend informed consent.

1.4. Onderzoeksvragen

- Wat is de kennis van de patiëntes omtrent het spiraal en vanwaar komt deze kennis?
- Waarom zijn er weinig patiëntes die het spiraal laten plaatsen in onze praktijk?
- Wat zouden we hieraan eventueel kunnen veranderen?

1.5. Visgraatanalyse



Deze visgraatanalyse is aan het begin van deze masterproef opgesteld door Roxanne Vanderweeën en mijzelf. Roxanne is HAIO in een andere praktijk en ging de visie van de huisarts bespreken. De vraag was welke factoren meespelen met de beslissing een spiraaltje bij de gynaecoloog of de huisarts te laten plaatsen.

Als we de persoonsgebonden factoren bekijken, zijn er 3 groepen die van belang zijn:
- de patiënte
- de huisarts
- de gynaecoloog.

Deze masterproef zal ‘de patiënten’ als te beschouwen populatie hanteren.

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1. Methodologie

De literatuurstudie vond plaats tussen december 2016 en maart 2017 om een algemeen beeld te krijgen over de gekende barrières tot het laten plaatsen van een spiraal en aan de hand van deze resultaten de vragenlijst op te stellen. In november 2017 werd deze herhaald om recent verschenen artikels over het onderwerp toe te voegen en het literatuuronderzoek af te ronden.

De gebruikte databases waren Embase, Pubmed en EBM Practice Net voor de richtlijnen. Volgende zoektermen werden met elkaar gecombineerd: “intrauterine contraception”, “intrauterine contraceptive device”, “long-acting reversible contraception”, “barriers”, “myths”, “primary healthcare”, “general practice” en “general practioner”.

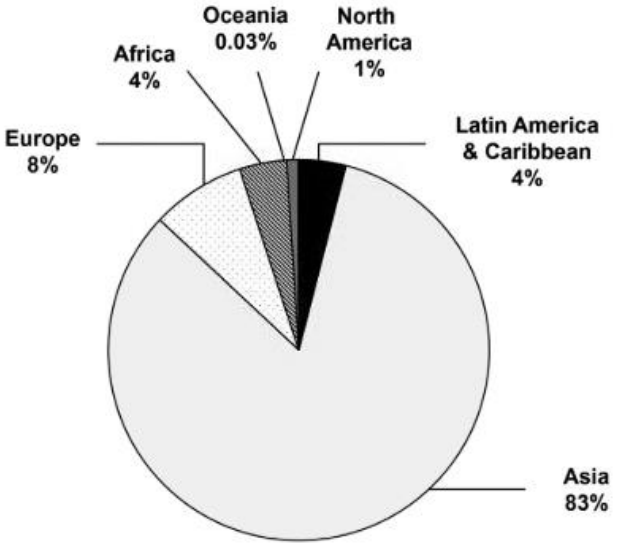
2.2. Resultaten

De COC (‘combined oral contraceptive’), beter gekend als ‘de pil’, is nog steeds het meest voorgeschreven contraceptiemiddel, ondanks de bijwerkingen en risico’s die hieraan verbonden zijn.

Echter volgens de CHOICE-studie is het risico op contraceptief falen 20x groter bij vrouwen die gebruik maken van orale anticonceptie ten opzichte van de vrouwen die gebruik maken van een LARC-methode (Long-acting reversible contraception). (1)

2.2.1. Cijfers wereldwijd

Op globaal niveau maakt 14,3% van de 15 tot en met 49-jarige vrouwen met partner gebruik van een IUD (intrauterine device). Dit komt neer op 22,8% van de contraceptiegebruikers**.** Er zijn grote geografische verschillen wat betreft het IUD-gebruik en dit varieert van 1,8% in Oceanië tot 26,0% in Azië. Ook regionaal bestaan er grote verschillen. In Europa ligt de hoogste gebruikersratio in Estland met 35,9% van de vrouwen. (2)



(2)

Volgens het artikel van Buhling KJ et al. (2) kan algemeen gesteld worden dat de minder ontwikkelde gebieden meer IUD-gebruikers hebben. 80% van de IUD-gebruikers situeren zich in Azië, waarvan 65% in China. Als opmerking zou ik hierbij willen stellen dat China jarenlang het eenkindbeleid hanteerde (recent: tweekindpolitiek) en dat deze cijfers verklaard zouden kunnen worden door de goede effectiviteit van het IUD in de praktijk.

2.2.2. Cijfers België

Een tiental jaar geleden was de combinatiepil de absolute leider op de markt van de (hormonale) anticonceptiemiddelen. De laatste jaren is er verandering merkbaar.

Waar in 2004 85% van de anticonceptiegebruiksters de pil nam, is dit in 2015 nog 77%. De andere middelen raken meer en meer gekend en gebruikt. Als alternatieve anticonceptiekeuze staat het spiraal op nummer één (bij de volwassenenpopulatie). Meer bepaald 3/4 van de overige 23% gebruikt het IUD.

De jongere populatie (-21 jaar) gebruikt voornamelijk de pil als contraceptie (91%). Als alternatief wordt voornamelijk gebruik gemaakt van het hormonaal implantaat. (3)

2.3. Zorgverleners

Over de barrières die de zorgverleners ervaren in het al dan niet *voorschrijven en/of aanraden* van de IUD's is er veel geweten.

Het is reeds in deze eerste stap dat het schoentje wringt. Er heersen namelijk nog steeds heel wat misvattingen omtrent het IUD en het plaatsen hiervan. Hierdoor gaat men die minder snel of niet bespreken met de patiënt als anticonceptiemogelijkheid.

In een Europees-Canadese studie is men nagegaan wat de barrières zijn voor het plaatsen van een spiraal bij vrouwen in het algemeen en in het bijzonder bij de nulliparae. (4)

De meest gerapporteerde drempels voor vrouwen in het algemeen zijn:

1. Nulliparitеit
2. Bezorgdheid omtrent PID (pelvic inflammatory disease).
3. Ontregeling van het normale menstruatiepatroon.
4. Bezorgdheden over pijn gerelateerd aan insertie.
5. Financiële kost.

De meest gerapporteerde drempels voor nulliparae zijn:

1. Insertie die moeizamer en pijnlijker zou verlopen.
2. PID
3. Bezorgdheid omtrent infertiliteit.

Veel van deze 'veronderstellingen' zijn niet evidence based en worden verder besproken.

2.4. Patiënten

Ook onder de patiënten doen er heel wat misverstanden de ronde, maar ook terechte bezorgdheden. Hieronder vindt u enkele stellingen terug (5) met meer informatie.

1. *IUD's veroorzaken een abortus*

Dit is niet correct. Het koperspiraal en het hormonaal spiraal hebben een verschillende werking, maar geen van beide veroorzaakt een abortus.

→ Koperspiraal: Koperionen zijn cytotoxisch voor de zaadcellen en gaan deze immobiliseren. Verder zorgen zij voor een lokaal steriele ontsteking in de baarmoeder, waardoor innesteling van een bevruchte eicel niet mogelijk is. (6)

→ Hormoonspiraal: Een hormoonspiraal geeft lokaal het hormoon levonorgestrel af. Dit hormoon zorgt voor atrofie van het endometrium, waardoor innesteling van een bevruchte eicel voorkomen wordt. Dit hormoon gaat er tevens voor zorgen dat het cervixslijm minder doorgankelijk wordt voor zaadcellen. (6)

2. *IUD's veroorzaken PID.*

Dit is deels correct. Het hebben van een IUD geeft geen verhoogd risico op PID. De *insertie van het IUD* daarentegen geeft wel een verhoogd risico. De eerste twintig dagen na plaatsing is het risico zo een zes keer groter. (5)
Donders G. et al. stelden dat dit risico hoger lag bij vrouwen jonger dan 25 jaar en dat dit te wijten zou zijn aan het subklinische bestaan van cervicitis met onder andere *Chlamydia trachomatis* en *Neisseria gonorrhoeae*. (7) Het wordt dan ook aangeraden de populatie met een verhoogd risico op SOA's te screenen. (6)

3. *IUD's veroorzaken infertiliteit*

Dit is niet correct. Er is geen evidentie dat het IUD blijvende infertiliteit veroorzaakt.

4. IUD's veroorzaken ectopische zwangerschappen.

Dit is niet correct. Een prospectieve niet-interventionele studie van Hainemann K et al. uit 2014 toont aan dat dit niet het geval is. Zowel het hormonaal spiraal als het koperspiraal hebben een lage incidentie aan ectopische zwangerschappen. In deze studie was dit respectievelijk 0,02 per 100 WY (Women Years) en 0,08 per 100 WY.(8) Volgens de NHG-standaard 'miskraam' is de geregistreerde incidentie van EUG (extra-uteriene graviditeit) in de huisartsenpraktijk in de leeftijdscategorie van 25 tot 44 jaar 0,9 per 1000 vrouwen per jaar. (9)

Deze cijfers wijzen er dus op dat het IUD geen verhoogd risico op een ectopische zwangerschap geeft.

5. IUD's veroorzaken onregelmatige bloedingen.

Dit is correct, maar moet genuanceerd worden. IUD's hebben inderdaad vaak een veranderd bloedingspatroon tot gevolg.

→ Koperspiraal: Bij gebruik van het koperspiraal kunnen de bloedingen heviger zijn en langer duren. De kans hierop is ongeveer 66%. Er kan ook spotting optreden.(6)

→ Hormoonspiraal: De eerste drie tot zes maanden, kan er zich een onregelmatig bloedingspatroon voordoen, gecombineerd met wat spotting. (10) Na verloop van tijd treedt er vaak oligomenorroe of zelfs amenorroe op. Dit gebeurt bij ongeveer 1/3^{e} van de vrouwen meteen na de plaatsing en dit aantal loopt op tot 70% na 2 jaar. (6)

6. IUD's zijn pijnlijk

Dit is deels correct. Men moet echter een onderscheid maken tussen de insertie van het IUD en persisterende klachten.

De insertie van een IUD kan pijnlijk zijn. Deze pijn kan het gevolg zijn van het aanhaken van de cervix, het sonderen van de uterus, de uiteindelijke insertie of de ontplooiing van het IUD. De auteurs van een cochrane-review hebben nagegaan wat de effectiviteit is van de verschillende pijnstillende opties.

Zij zijn tot volgende conclusies gekomen:

- Lidocaïne 2% gel: geen effect.
- Tramadol 50mg zou een positief effect kunnen hebben.
- Naproxen 550mg: minder pijn bij insertie ten opzichte van placebo.
- Naproxen 300 mg (meerdere dosissen): minder pijn 1 tot 2 uur na de plaatsing.
- Misoprostol: Geen pijnstillend effect, integendeel en bijwerkingen.

Besluit: Tramadol of Naproxen lijken de beste opties te zijn om de patiënte wat meer comfort te bieden, maar de insertie kan pijnlijk zijn. Meestal wordt de pijn als licht tot matig ervaren. (11)

De pijn kan een aantal dagen aanhouden, maar zou nadien moeten verdwijnen. Bij aanhoudende pijnklachten moet de patiënte steeds een arts raadplegen. Het is tevens een van de belangrijkste redenen waarom vrouwen het spiraal vroegtijdig laten verwijderen. (6)

7. 'Het IUD zal niet in mijn baarmoeder passen.'

In de NHG-standaard 'het spiraaltje' uit 2009, die intussen verouderd is, is er sprake van een uteruslengte van minder dan 6cm om een kleiner spiraal te overwegen. (12) Deze overweging wordt meestal gemaakt bij nulliparae. In het geval van hormoonspiraaltjes kan er dan gebruik gemaakt worden van Kyleena® en in de categorie van de koperspiralen is er bijvoorbeeld Mithra Flex 300® of MI-DIU sert 380 Mini®.

8. Het IUD kan de baarmoeder perforeren.

Dit is correct. Uterusperforatie is een van de risico's bij spiraalinsertie, maar het is een zeldzame complicatie. Jennefer A. et al (5) rapporteren een risico van 0% - 1,3%. Een recentere studie van Wildemeersch D. et al. volgde een groep van 356 vrouwen zowel nulliparae als (multi)parae over 5 jaar met hormonaal IUD, categorie Mirena® en Levosert®. Hier werden geen perforaties gerapporteerd.(13)

9. Het IUD kan enkel geplaatst worden gedurende de menses.

Dit is niet correct. Het IUD kan op gelijk welk moment geplaatst worden. Er zijn wel twee voordelen aan het plaatsen tijdens de eerste zeven dagen van de menstruatie. Het eerste voordeel is dat men zeker weet dat er geen zwangerschap is. Het tweede voordeel is dat het ostium internum in lichte mate geopend is, wat de insertie kan vergemakkelijken. (14)

10. IUD's veroorzaken kanker.

Dit is niet correct. Er is geen evidentie die deze bewering staaft, integendeel. Wat betreft borstkanker verhoogt het hormoonspiraal het risico in de *algemene* populatie niet. Het risico op endometriumcarcinoma zou zelfs gereduceerd worden door zowel koperspiralen als hormonale. (15) Bij ovariumkanker is men voornamelijk de invloed van het hormoonspiraal nagegaan en stelde men vast dat deze geassocieerd is met een reductie. De incidentie van tumoren vanuit de eileiders zou niet beïnvloed worden. (16) Als laatste bespreken we baarmoederhalskanker. Een meta-analyse had als resultaat dat IUD's een beschermend effect kunnen hebben. Het beschermende effect zou verklaard kunnen worden doordat de insertie van het spiraal een immuunmechanisme triggert dat HPV zou elimineren. (17)

11. IUD's zorgen voor een gewichtstoename.

Gewichtstoename staat bij het hormoonspiraal vermeld als bijwerking die vaak voorkomt. Dit betekent tussen de 1 – 10%. (18)

De toename in gewicht is te wijten aan de hormonen. Hoewel bij het hormoonspiraal de hoeveelheid levonorgestrel die in de circulatie terecht komt beperkt is, kan deze een significant verschil geven in gewichtstoename in vergelijking met het koperspiraal. (5)

12. IUD's maken acne erger.

Acne is een bijwerking die zeer vaak voorkomt bij hormoonspiralen (>10%).(18) Dit valt te verklaren doordat progestagenen een kruisreactie kunnen aangaan met androgeenreceptoren, waardoor er meer androgene effecten zijn. (19)

13. IUD's veroorzaken haarverlies.

Haarverlies is inderdaad een bijwerking die soms voorkomt bij het hormoonspiraal. Het onderliggende mechanisme is niet duidelijk, maar zou kunnen te maken hebben met een reductie van het circulerend oestrogeen. (20)

14. IUD's veroorzaken osteoporose.

Bahamondes et al. zijn het verschil in effect nagegaan tussen langdurig gebruik van een hormoonspiraal en een koperspiraal op de botdensiteit van de ulna en radius. Zij zijn tot de conclusie gekomen dat er na 7 en 10 jaar geen verschil is in botdensiteit. (21) Voor het bepalen van de fractuurrisico gaat men echter kijken naar de botdensiteit ter hoogte van de wervelkolom en de heup. (22) We kunnen bijgevolg uit de resultaten van deze studie geen conclusie trekken over osteoporose of het fractuurrisico.

3. Onderzoeksmethodiek

3.1. Vragenlijst

Om na te gaan waar de pijnpunten liggen bij de patiëntes in onze praktijk, is er een vragenlijst opgesteld. Deze gaat na hoe het gesteld is met hun algemene kennis aangaande contraceptie en hoe zij staan ten opzichte van IUD's en de plaatsing ervan in onze praktijk/eerste lijn. De vragenlijst was volledig anoniem. Na inlevering van de vragenlijst kregen zij de antwoorden op de 'quizvragen' mee samen met een folder over contraceptie, indien zij dit wensten.

De volledige vragenlijst is terug te vinden als bijlage.

3.2. Populatie

Doelgroep: Vrouwen van 18 tot en met 55 jaar.

Opmerking: Initieel was geopteerd om vrouwen vanaf 16 jaar te includeren. De ethische commissie vereiste echter voor de minderjarigen toelating van de ouders. Aangezien minderjarigen soms zonder ouders op consult komen en hun eigen beslissing mogen maken aangaande contraceptie, is beslist niet verder in te gaan op de toestemming van de ouders, waardoor deze groep uit de studie wegviel.

4. Discussie

4.1. Samenvatting resultaten

De enquête is geanalyseerd aan de hand van 3 onafhankelijke variabelen: leeftijd, pariteit en huidig contraceptiemiddel.

De bijhorende tabellen en grafieken zijn terug te vinden in de bijlage.

4.1.1. Leeftijd

De geanalyseerde leeftijdscategorieën zijn: 18-24, 25-34, 35-44 en 45-55.

A. *Huidig gebruik contraceptiemiddel in functie van de leeftijd. (Zie bijlage p 53.)*

Het pilgebruik (COC) is 100% in de jongste groep en neemt af met stijgende leeftijdscategorie. Echter ook in de hogere leeftijdscategorieën is er nog steeds COC-gebruik, ondanks bijhorende gezondheidsrisico's.

Het gebruik van een spiraal is meer vertegenwoordigd in de oudere leeftijdscategorieën. "Geen anticonceptiemiddel" zien we het vaakst in de twee hoogste leeftijdscategorieën.

Deze cijfers komen in grote lijnen overeen met de cijfers die te vinden zijn op www.sensoa.be - gezondheidsenquête 2013. De pil (COC) is het populairst bij jonge vrouwen en er is een afname van deze populariteit vanaf de leeftijdsgroep 25 – 34 jaar. Een verschil tussen de cijfers van dit praktijkonderzoek en de gezondheidsenquête 2013 bevindt zich in de oudere leeftijdscategorieën. Volgens deze praktijkstudie is er 33% van de leeftijdscategorie 35 – 44 jaar die een pil gebruikt en 8% van de leeftijdscategorie 45 – 55 jaar. In de gezondheidsenquête liggen deze percentages hoger en bedragen deze respectievelijk rond de 45% en iets meer dan 40%.

Uiteraard bestaat deze praktijkstudie uit een veel kleinere onderzoekspopulatie waardoor de resultaten dermate afwijkend kunnen zijn. Anderzijds kunnen resultaten regionaal verschillen en is het een mogelijkheid dat er in deze regio/praktijk meer toegekeken en ingegrepen wordt op pilgebruik bij oudere vrouwen, zowel door de gynaecoloog als door de huisarts.

De op een na oudste groep vertoont het meeste variatie. Zou het een verklaring kunnen zijn dat oudere vrouwen meer open staan voor de verschillende mogelijkheden, bijvoorbeeld omwille van 'pilmoeheid'? Een link met pariteit wordt verder besproken.

B. *Gekende contraceptiemiddelen ('Over welk contraceptiemiddel heeft u reeds gehoord?') in functie van de leeftijd. (Zie bijlage p 54.)*

Vrouwen in de leeftijdscategorie 35 – 44 jaar lijken globaal het minst goed op de hoogte te zijn van de verschillende contraceptiemiddelen.

Het spiraal in het bijzonder is zeer goed gekend in iedere leeftijdscategorie. In de jongste groep is er wel minder kennis over het onderscheid tussen de verschillende spiralen.

Een mogelijke verwachting was dat de jongste groepen het best zouden scoren en dat we de kennis zouden zien afnemen in de oudere categorieën. Dit in kader van nood aan actieve kennis over contraceptie. Zeker in de hoogste leeftijdscategorie is er meer kans op menopauze of sterilisatie (van partner). Volgens de gezondheidsenquête 2013 is sterilisatie van zowel de man als de vrouw vanaf 45 jaar populairder met 24%. (24) Men zou kunnen vermoeden dat er hierdoor minder behoefte is aan kennis over de verschillende mogelijkheden. Dit kunnen we echter niet terugvinden in de resultaten.

Algemene opmerking: Een opmerkelijk gegeven is dat er vrouwen zijn die het 'mannencondoom' niet kennen. Men zou veronderstellen dat dit gekend is door iedereen… Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat niet alle vrouwen 'het mannencondoom' zien als een contraceptiemiddel, maar bijvoorbeeld eerder als bescherming tegen SOA's. Een andere verklaring is dat er verwarring is ontstaan door de andere keuzemogelijkheid 'vrouwencondoom'.

C. *Bronnen betreffende de gekende contraceptiemiddelen in functie van de leeftijd. (Zie bijlage p 55.)*

Vanaf de leeftijdscategorie 25 – 34 jaar wordt de gynaecoloog de grootste bron. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vanaf ongeveer 25 jaar meer vrouwen bij de gynaecoloog gaan. Hetzij in kader van zwangerschap, hetzij voor algemeen nazicht. Het is dan ook vanaf de leeftijd van 25 jaar dat men een uitnodiging krijgt om deel te nemen

aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Dit zou voor jonge vrouwen eventueel een eerste stap kunnen zijn om eens een afspraak te maken bij een gynaecoloog.

'Seksuele opvoeding' scoort in de jongere categorieën het hoogst, rond de 80%. In de hogere leeftijdscategorieën dalen dit cijfer.

Mogelijke verklaring: De vrouwen in de hogere leeftijdscategorieën zullen naar alle waarschijnlijkheid ook seksuele opvoeding gehad hebben, maar de vraag is wat zij nog weten van de informatie die toen gegeven werd? Er zullen vermoedelijk meer recente infomomenten geweest zijn die dan ook de overhand nemen en die ze dan ook eerder als 'bron' zullen aanschouwen. Het leerplan secundair onderwijs zal in de loop van de jaren ook al heel wat veranderingen ondergaan hebben.

Andere bronnen die vermeld werden, waren tijdschriften en opleiding.

D. *Aantal deelneemsters die het spiraaltje 'kennen' in functie van de leeftijd. (Zie bijlage p 56.)*

Uit de 3 hoogste leeftijdscategorieën is er telkens maar één vrouw die het spiraal niet 'kent'.

E. *Onderscheid spiraaltjes gekend in functie van de leeftijd. (Zie bijlage p 57.)*

Men kan uit de resultaten concluderen dat het koperspiraal algemeen niet zo goed gekend is als het hormoonspiraal en dit in alle leeftijdscategorieën. Het verschil is het kleinst in de groep 25 – 34 jaar. Deze groep lijkt het best op de hoogte te zijn van de verschillende soorten spiraaltjes.
Hypothese: Wordt het hormoonspiraal het meest gepromoot met als grootste bron de gynaecoloog (zie verder)?

De indicatie voor het gebruik van het spiraal speelt hier uiteraard een rol. Enerzijds is er het gebruik puur als contraceptiemiddel, anderzijds is er evidentie dat het hormoonspiraal kan dienen als behandeling tegen menorragie en mogelijks ook tegen endometriose en dysmenorree. (19)

F. Bronnen aangaande spiraaltjes in functie van de leeftijd. (Zie bijlage p 58.)

De cijfers verlopen in dezelfde trend als de cijfers betreffende de bronnen aangaande de algemene kennis van anticonceptie.

In de jongste groep is de 'seksuele opvoeding' de belangrijkste bron en over de leeftijden heen wordt de gynaecoloog de belangrijkste bron. Opvallend is dat de huisarts in alle leeftijdscategorieën aan de lage kant scoort, lager dan bij de kennis omtrent contraceptie in het algemeen.
Hypothese: Patiënten veronderstellen dat het spiraal niet tot het vakgebied van de huisarts hoort en zullen zich bijgevolg hiervoor eerder tot de gynaecoloog wenden. Een (pil)voorschrift is echter voor de huisarts een opportuniteit om naar de kennis te peilen van de patiënt en eventueel exploratie naar de wens tot veranderen van anticonceptiemiddel. Vrienden zijn eveneens een belangrijke bron van informatie over spiraaltjes. Deze kunnen correcte informatie hebben, maar geven ook vaak gekleurde informatie. Zo gaat insertie van het spiraal bij de ene vrouw meer pijnlijk zijn dan bij de andere vrouw, maar al snel gaat de ronde dat het laten plaatsen van een spiraal zeer pijnlijk is. 'Mythes' rond het spiraal kunnen op deze manier niet professioneel ontkracht of genuanceerd worden.

G. Overwegen laten plaatsen van een spiraaltje in functie van de leeftijd. (Zie bijlage p 59.)

De jongste groep is het minst te vinden voor het laten plaatsen van een spiraal, slechts 34% zou dit overwegen. Bij de oudste groep is er 64% die dit wel zou laten plaatsen. Dit is dan ook de groep bij wie we de voorkeur gaan geven aan een spiraal in plaats van een combinatiepreparaat. Dat de oudere leeftijdsgroepen meer geneigd zijn een spiraal te laten plaatsen, is een trend die we ook terugvinden in de resultaten van de gezondheidsenquête 2013 (24). Daaruit blijkt dat het spiraaltje beduidend meer wordt gebruikt vanaf de leeftijd van 35 jaar (31% in de leeftijdsgroep van 35-44 jaar, 26% in de leeftijdsgroep van 45-54 jaar).
Hypothese: Counseling zou hier eventueel een verschil kunnen maken op alle leeftijden. Zo zijn er nog steeds heel wat mensen die denken dat een spiraal niet geplaatst mag worden bij nulliparae of dat men dit in ieder geval afraadt (zie verder).

H. Redenen tot het niet laten plaatsen in functie van de leeftijd. (Zie bijlage p 60.)

Op de eerste plaats, in alle vier de groepen, staat angst voor de pijn tijdens de plaatsing van het spiraal. Op de tweede plaats staat in elke groep 'onregelmatige bloedingen'. Het gehoord hebben van 'horrorverhalen' is iets wat voornamelijk jongeren tegenhoudt. De vraag is of deze verhalen meer circuleren in deze groep of dat oudere vrouwen dit allemaal meer relativeren. De term 'horrorverhalen' die in de vragen werd gebruikt, is wellicht een te sterk uitgedrukte term.

In de leeftijdsgroepen 18 – 24 jaar en 35 – 44 jaar speelt ook de stelling dat dit afgeraden wordt bij vrouwen die nog geen kinderen gekregen hebben. Dit is een stelling die niet meer klopt met de huidige praktijk.

Andere redenen die niet in de literatuurstudie naar voor gekomen zijn: tevreden met huidig contraceptiemiddel, angst voor incorrecte plaatsing, ongemakkelijk bij het hele gynaecologische gebeuren, allergische reacties, reeds negatieve ervaring mee gehad, angst voor alsnog zwangerschap en angst voor 'het onbekende'.

I. Keuze hulpverlener plaatsing spiraal in functie van de leeftijd. (Zie bijlage p 61.)

Iedere leeftijdscategorie verkiest de gynaecoloog voor het plaatsen van een spiraaltje. 50% van de jongste groep zou dit ook door de huisarts laten plaatsen. Bij de oudste groep is dit aantal het laagst, slechts 27%.

Opvallend is dat slechts één persoon het spiraal zou laten plaatsen door een vroedkundige. Nochtans gebeurt dit reeds frequent in Nederland. Ook in België zijn er enkele praktijken waar de spiraaltjes geplaatst worden door een vroedkundige.
Een hypothese kan zijn dat er onvoldoende kennis is hieromtrent en dat dit nog niet voldoende wordt aangeboden en gepromoot. Patiëntes uit onze praktijk komen enkel in contact met een vroedkundige bij hun zwangerschap. De perceptie van een vroedkundige zou hier dus kunnen in meespelen. Om het heel cru te stellen 'helper van de gynaecoloog' versus volwaardige hulpverlener met uitgebreid takenpakket, waaronder opvolgen zwangerschap, plaatsen van spiraaltjes en afnemen uitstrijkjes.

J. *Op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot het laten plaatsen van een spiraal door de huisarts in functie van de leeftijd. (Zie bijlage p 62.)*

100% van de jongste groep wist niet dat de huisarts een spiraal kan plaatsen. Ook bij de andere groepen is de meerderheid van de deelneemsters hiervan niet op de hoogte, namelijk 61% van de 25 – 34 jaar, 91% van de 35 – 44 jaar en 73% van de 45 – 55 jaar.

Een andere masterproef in kader van de huisartsengeneeskunde had een vergelijkbare tendens. Slechts 26% van de ondervraagden was op de hoogte van de mogelijkheid tot het laten plaatsen van het spiraal bij de huisarts. Maar we moeten voorzichtig zijn met vergelijken. Die studie bestond uit een enquête naar kleine heelkundige ingrepen in de huisartsenpraktijk. De enquête werd ingevuld door 137 patiënten. De deelnemers waren tussen de 17 en 95 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 41,3 jaar. Er namen iets meer vrouwen dan mannen deel aan het onderzoek, zij vertegenwoordigden 56,2% van de patiëntenpopulatie. De enquête werd verdeeld in verschillende praktijken en een huisartsenwachtpost, waardoor de kenmerken van de praktijken zelf niet gekend zijn en men niet weet of desbetreffende huisartsen spiraaltjes plaatsen! (25)

Hypothese: In onze groepspraktijk werken er momenteel vier vaste artsen en twee HAIO's. Voor de start van deze masterscriptie was er maar één arts die spiraaltjes plaatst. Men kan ervan uitgaan dat wat men zelf niet plaatst misschien ook minder gaat benadrukken of aanhalen. Men laat dit sneller over aan de gynaecoloog om te bespreken en dan ook te plaatsen.

K. *Redenen tot niet laten plaatsen van het spiraal door de huisarts in functie van leeftijd. (Zie bijlage p 63.)*

De drie meest aangehaalde redenen zijn:

1. 'Ik wist niet dat dit mogelijk was bij de huisarts.' Respectievelijk 80% - 30% - 63% - 55%.
2. 'De gynaecoloog heeft hier meer ervaring in.' Respectievelijk 40% - 55% - 63% - 55%.
3. 'Bij de gynaecoloog gebeurt er ook een echo.' Respectievelijk 20% - 30% - 25% - 27%.

Er is geen enkele deelneemster die melding maakt van verhalen gehoord te hebben waar het misgelopen is bij de huisarts.

Een zeer groot deel van de patiëntes was er niet van op de hoogte dat dit mogelijk is bij de huisarts en gaf dit ook op als reden tot niet plaatsing (80% - 30% - 63% - 55%). Dit zou erop kunnen wijzen dat we een deel van de patiëntes hiervoor tot bij de huisarts zouden kunnen krijgen, als we hen hiervan op de hoogte kunnen stellen.

Opmerking: Een gynaecoloog heeft nu eenmaal meer ervaring in het plaatsen van spiraaltjes dan de huisartsen in onze praktijk. Hoe meer we het ingeburgerd krijgen dit te laten plaatsen bij de huisarts, hoe minder deze reden een rol gaat spelen.

L. Score op de quizvragen in functie van de leeftijd. (Zie bijlage p 64.)

De jongste groepen scoren het beste met gemiddelden van 6,5/8 (18 – 24 jaar) en 6,1/8 (25 – 34 jaar). De 2 oudere groepen doen het iets minder goed met gemiddelden van 5,1/8 (35 – 44 jaar) en 5,8/8 (45 – 55 jaar).

4.1.2. Pariteit

De twee groepen die hier besproken worden, zijn de nulliparae en de multiparae. Deze onafhankelijke variabele is vermoedelijk ook gerelateerd aan de leeftijd. Nulliparae zijn over het algemeen de jongere vrouwen en multiparae de oudere.
Om het effect van de leeftijd zoveel mogelijk uit te filteren, zijn er twee subgroepen ingedeeld naar leeftijd: 18 - 34 jaar en 35 – 55 jaar. Deze grens is arbitrair gekozen.

A. Huidig contraceptiemiddel in functie van de pariteit. (Zie bijlage p 65, 66, 67.)

Bij de nulliparae is de pil met 77% het meest gebruikte anticonceptiemiddel. In de multipare groep ligt dit getal veel lager met 36%.

Het hormoonspiraal is in beide groepen vertegenwoordigd met 14% in de groep ‘nullipara’ en 24% in de groep ‘multipara’.

In de groep ‘multipara’ is er ook meer geopteerd voor ‘andere’. Er is verder niet gevraagd naar specificatie. Dit kan gaan over coïtus interruptus of sterilisatie, maar dit zijn enkel veronderstellingen.

Wanneer we proberen te corrigeren voor de leeftijd en enkel de +35-jarigen bekijken zien we dat het pilgebruik in de nullipare groep sterk afneemt van 77% tot 25%.
Het spiraalgebruik (hormonaal) daarentegen neemt toe tot 50%. De cijfers in de multipare groep blijven min of meer gelijklopend. De nullipare groep is echter te klein van aantal om hierop verder te kunnen gaan.

Wanneer we enkel de – 35-jarigen bekijken, kunnen we zien dat het pilgebruik hoog blijft in de nullipare groep met 89% en relatief laag blijft in de multipare groep met 54%. Het spiraalgebruik is in de multipare groep 31%, dit ten opzichte van de 6% in de nullipare groep.

Algemeen zou men kunnen stellen dat het pilgebruik afneemt en spiraalgebruik toeneemt bij multipariteit. Er zijn geen cijfers in België om dit mee te vergelijken.

B. *Gekende contraceptiemiddelen (‘Over welk contraceptiemiddel heeft u reeds gehoord?’) in functie van de pariteit. (Zie bijlage p 68, 69, 70.)*

Algemeen kunnen we stellen dat de nulliparae globaal meer weet hebben van de verschillende contraceptiemethodes. Als we het spiraal in bijzonder bekijken is het de multipare groep die het beste scoort met meer specifieke kennis aangaande de verschillende soorten spiralen.

Wanneer we enkel +35-jarigen of de –35-jarigen bekijken, kunnen we globaal dezelfde conclusie trekken als hierboven.

C. *Bronnen betreffende de gekende contraceptiemiddelen in functie van de pariteit. (Zie bijlage p 71, 72, 73.)*

Multiparae geven meer de gynaecoloog op als bron dan de nulliparae.

Wanneer we gaan corrigeren voor de leeftijd en enkel de -35-jarigen bekijken zien we dat dit ongeveer hetzelfde resultaat geeft.

Een mogelijke hypothese zou zijn dat multiparae sowieso reeds bij een gynaecoloog op consultatie geweest zijn, in kader van hun zwangerschap, en daardoor ook meer geïnformeerd zijn door de gynaecoloog en deze als betrouwbare bron opgeven.

Bij de – 35-jarige multiparae valt op dat ook de huisarts een belangrijkere bron is dan bij de nulliparae van dezelfde leeftijd. Het is mogelijk dat na de zwangerschap vrouwen ook eens met de huisarts gaan praten over de verschillende contraceptiemogelijkheden.

D. *Aantal deelneemsters die het spiraaltje ‘kennen’ in functie van de pariteit. (Zie bijlage p 74.)*

Het ‘spiraaltje’ is in beide groepen goed gekend. 95% van de nulliparae en 94% van de multiparae kennen het spiraal. Verdere uitwerking volgens leeftijd is hier niet zinvol wegens het lage aantal deelneemsters die het spiraal niet kennen.

E. *Onderscheid spiraaltjes gekend in functie van de pariteit. (Zie bijlage p 75, 76, 77.)*

Als algemene trend kan men alweer opmerken dat het koperspiraal het minst goed gekend is en dit in beide groepen, eveneens onafhankelijk van de leeftijd.

Als we de – 35-jarigen bekijken is er wel een groot verschil tussen de nulliparae en de multiparae. Van de multiparae is er namelijk 69% op de hoogte van beide soorten spiraaltjes dit in tegenstelling met 29% van de nulliparae. Hieruit zouden we eventueel kunnen afleiden dat multiparae meer op de hoogte zijn van het spiraal omwille van hun zwangerschap met bijhorende postnatale consulten.

F. Bronnen aangaande spiraaltjes in functie van de pariteit. (Zie bijlage p 78, 79, 80.)

De gynaecoloog is de belangrijkste bron in de multipare groep met 84%. Bij de nulliparae is het meer gelijk verdeeld. Daar zijn de belangrijkste bronnen seksuele opvoeding op school (52%), vrienden (48%) en de gynaecoloog (48%). Opvallend is dat in beide groepen de huisarts niet hoog scoort: 33% bij de nulliparae en 29% bij de multiparae. Dit is minder dan bij de bronnen van de kennis over anticonceptie in het algemeen.

Als we opnieuw enkel de 35-plussers bekijken, zien we dat de gynaecoloog als bron toeneemt in beide groepen. Bij de nulliparae speelt de huisarts een belangrijkere rol dan bij de multiparae. De invloed van seksuele opvoeding op school is duidelijk minder bij de nulliparae die ouder zijn dan 34 jaar. Deze factor kan men wellicht eerder aan leeftijd toeschrijven dan aan pariteit, maar opnieuw is voorzichtigheid geboden omwille van de kleine aantallen.

Wat eveneens opvalt aan de grafiek van 35-plussers, is dat vrienden zeer belangrijk worden bij de nulliparae. Omwille van het zeer kleine aantal kan men hier uiteraard niets uit concluderen.
Het laat ons echter wel eens terugblikken naar de resultaten met leeftijd als onafhankelijke variabele, waar we ook een stijging zien met de leeftijd. Kan men hieruit eventueel afleiden dat er toch een meer open gesprekscultuur is hieromtrent bij vrouwen ouder dan vijfendertig jaar?

G. *Overwegen laten plaatsen van een spiraaltje in functie van de pariteit. (Zie bijlage p 81, 82, 83.)*

Multiparae lijken meer geneigd te zijn een spiraaltje te laten plaatsen dan de nulliparae, respectievelijk 48% en 33%.

Wanneer we kijken naar de 35-plussers is dit in beide groepen (nulli- en multiparae) gelijk, namelijk 50%. Vermoedelijk is er ook hier weer het leeftijdsaspect dat meespeelt, maar voorzichtig met conclusies omwille van het beperkte aantal.

Bij de -35-jarigen zien we duidelijk dat multiparae meer een spiraaltje zouden laten plaatsen dan nulliparae, namelijk 54% ten opzichte van 35%.

Speelt hier de overtuiging dat bij nulliparae het spiraaltje wordt ontraden? Of is het eerder door zwangerschap dat de patiëntes meer terecht komen in de 'gynaecologische gezondheidszorg' en meer informatie krijgen?

H. *Redenen tot het niet laten plaatsen in functie van de pariteit. (Zie bijlage p 84.)*

De meest voorkomende reden voor het niet laten plaatsen van een spiraal is in beide groepen de angst voor pijn tijdens insertie. Bij de nulliparae is dit 54% en de bij de multiparae 53%. Een ander veel voorkomende reden is onregelmatige bloedingen (respectievelijk 23% en 40%). Bij de nulliparae geeft 15% aan dat ze dit niet zouden laten plaatsen omdat het wordt afgeraden bij vrouwen die nog geen kinderen gehad hebben. Bij de multiparae is het gewichtstoename die een belangrijke rol speelt (13%).

I. *Keuze hulpverlener plaatsing spiraal in functie van de pariteit. (Zie bijlage p 85, 86, 87.)*

Het merendeel van de patiëntes kiest voor de gynaecoloog voor de plaatsing van het spiraal, namelijk 81% van de nulliparae en 90% van de multiparae. 48% van de nulliparae zou dit evenwel laten plaatsen door de huisarts, dit ten opzichte van 29% van de multiparae.

Hypothese: Multiparae lijken meer vast te houden aan de gynaecoloog. Mogelijks hebben zij meer vertrouwen in de gynaecoloog aangezien die hen waarschijnlijk ook begeleid heeft in de zwangerschap en bevalling.

Als men gaat kijken naar het verschil tussen de -35-jarigen en de + 35-jarigen dan ziet men dat de 'oudere' multiparae eerder voor de huisarts zouden kiezen dan de jongere multiparae.

J. *Op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot het laten plaatsen van een spiraal door de huisarts in functie van de pariteit. (Zie bijlage p 88, 89, 90.)*

65% van de nulliparae en 81% van de multiparae waren er niet van op de hoogte dat het spiraal ook bij de huisarts kan geplaatst worden.

Een verklaring voor het verschil tussen beide groepen kan zijn dat multiparae aangaande contraceptie eerder bij de gynaecoloog gaan en daardoor niet weten wat de mogelijkheden zijn bij de huisarts.

Onderscheid naar leeftijd lijkt geen grote verschillen te maken.

K. *Redenen tot niet laten plaatsen van het spiraal door de huisarts in functie van pariteit. (Zie bijlage p 91, 92, 93.)*

De 3 hoofredenen zijn:

1. 'De gynaecoloog heeft meer ervaring.': nulliparae 44% en multiparae 50%.
2. 'Ik wist niet dat het bij de huisarts ook geplaatst kon worden.': 28% en 54%
3. 'Gynaecoloog kan meteen ook echografie doen.': 17% en 32%

Een gynaecoloog heeft inderdaad meer ervaring. Echter, zoals reeds eerder vermeld, hoe meer dit ingeburgerd geraakt bij de huisarts, hoe minder deze reden zal spelen. Wat betreft de echografie, deze reden is niet geheel onafhankelijk van de reden 'gynaecoloog heeft meer ervaring'. Een echo na een ongecompliceerde plaatsing van het spiraal is echter geen vereiste volgens de NHG-standaard 'anticonceptie'. (6)

Verder valt ook op dat 50% van de multiparae 'ervaring gynaecoloog' als reden opgeeft. Dit geven we ook op als hypothese in puntje I. Dit stemt deels overeen. Kennis van de mogelijkheid bij de huisarts lijkt eveneens een rol te spelen.

Als we de 2 leeftijdsgroepen bekijken zien we dat de – 35-jarigen de ervaring van de gynaecoloog minder als reden opgeven, zowel de nulliparae als de multiparae. De 'jongere'

nulliparae vinden echografie een minder belangrijke reden (13%), voor de multiparae lijkt dit dan wel weer belangrijker te zijn (42%).

L. Score op de quizvragen in functie van de pariteit. (Zie bijlage p 94, 95, 96.)

Nulliparae scoren gemiddeld een half punt meer dan de multiparae. Bij correctie naar leeftijd blijven de nulliparae telkens de beter scorende groep. Bij de -35-jarigen is dit echter met een kleine voorsprong van 0,2 punten. Significantie kon niet berekend worden omwille van het te klein aantal deelneemsters, maar deze verschillen lijken verwaarloosbaar.

4.1.3. Huidig contraceptiemiddel

De 4 categorieën die besproken worden zijn ‘de pil’ (hiermee wordt bedoeld de combinatiepil), ‘het spiraal’, ‘andere’ en ‘geen’. De groep ‘andere’ omvat: minipil, vaginale ring, hormoonpleister, injectie, condoom en niet verder gespecifieerde andere middelen.

Opmerking ‘geen anticonceptiemiddel’:

De redenen waarom patiëntes geen contraceptiemiddel gebruiken, zijn niet gekend. Dit kan zijn: huidige kinderwens, menopauze, onvruchtbaarheid van één van beide partners, actueel niet seksueel actief. Het is bijvoorbeeld ook mogelijk dat één van beide partners gesteriliseerd is en men dit niet als een contraceptiemiddel ziet in context van deze vragenlijst. Het geeft ook niet weer wat de vrouwen eventueel in de voorgeschiedenis gebruikt hebben. Dus heel veel onzekerheden en speculaties over deze groep.

A. *Gekende contraceptiemiddelen (‘Over welk contraceptiemiddel heeft u reeds gehoord?’) in functie van huidig contraceptiemiddel. (Zie bijlage p 97.)*

De groep ‘andere’ is de groep met het breedste bereik van gekende contraceptiemiddelen en de groep ‘geen’ heeft het minst brede bereik. Dit lijkt logisch aangezien de ‘andere’-groep bestaat uit patiëntes die verschillende contraceptiemiddelen gebruiken en die natuurlijk elk hun eigen middel kennen. Dit geeft een breder bereik. In de spiraalgroep is uiteraard het spiraal goed gekend en de andere middelen zijn middelmatig gekend.

B. *Bronnen betreffende de gekende contraceptiemiddelen in functie van huidig contraceptiemiddel. (Zie bijlage p 98.)*

De spiraalgroep heeft een grotere variatie aan bronnen dan de andere groepen. De ‘spiraal’- en ‘andere’-groep scoren het hoogst op de professionele bronnen (huisarts en gynaecoloog).

Men kan veronderstellen dat bij mensen die de pil nemen, dit vaak hun eerste contraceptiemiddel is. Als ze hier tevreden over zijn, blijven ze dit ook gebruiken en wordt er verder door gezondheidsprofessionals niet ingegaan op contraceptie. Echter wanneer men in

tweede instantie op zoek gaat naar een ander contraceptiemiddel zal men zich breder gaan informeren, vaak ook bij een arts die dit uiteindelijk zal voorschrijven.

C. *Aantal deelneemsters die het spiraaltje 'kennen' in functie van huidig contraceptiemiddel.*
(Zie bijlage p 99.)

Het spiraal is in alle groepen goed gekend.

D. *Onderscheid spiraaltjes gekend in functie van huidig contraceptiemiddel.*
(Zie bijlage p 100.)

Ook bij deze vraag zien we dat de groepen 'spiraal' en 'andere' meer weet hebben van de verschillende soorten spiraaltjes die er bestaan.
Een eventuele verklaring hiervoor is dezelfde als deze onder puntje B. Patiëntes die iets anders willen gebruiken dan de pil, zullen zich meer informeren en uiteindelijk ook meer kennis hebben omtrent de verschillende contraceptiemiddelen.

E. *Bronnen aangaande spiraaltjes in functie van huidig contraceptiemiddel.*
(Zie bijlage p 101.)

In de groep 'andere' is er 63% die als bron 'vrienden' opgeeft. Dit is beduidend meer dan in de andere groepen.

Voorheen hebben we reeds als hypothese gesteld dat mensen die andere contraceptiemiddelen gebruiken zich meer en breder gaan infomeren. Hierdoor zijn zij misschien ook meer geneigd de verschillende opties te bespreken met vrienden. Het spiraaltje is een contraceptiemiddel dat meer en meer in opmars is en daardoor misschien ook meer ter sprake komt tussen vriendinnen.

F. Overwegen laten plaatsen van een spiraaltje in functie van huidig contraceptiemiddel.
(Zie bijlage p 102.)

In de pilgroep is er 70% van de patiënten die niet zou overwegen een spiraal te laten plaatsen. Bij de 'andere'-groep is dit 63%. Van de vrouwen die geen contraceptiemiddel gebruiken zou slechts 33% dit niet laten plaatsen.

Het is logisch dat de 'andere'-groep meer openstaat voor een spiraal. Deze gebruiken immers reeds een ander contraceptiemiddel dan de pil.
Een mogelijke verklaring voor de resultaten van de groep die geen contraceptiemiddel gebruikt is de leeftijd. Als we kijken naar de vrouwen die geen contraceptiemiddel gebruiken zijn dit de vrouwen tussen 35j en 55j. Zoals eerder reeds besproken zijn dit de groepen die meer geneigd zijn te overwegen een spiraal te laten plaatsen.

G. Redenen tot het niet laten plaatsen in functie van huidig contraceptiemiddel.
(Zie bijlage p 103.)

In alle groepen zijn 'angst voor pijn tijdens de plaatsing' en 'onregelmatige bloedingen' de 2 voornaamste redenen. In de groep die geen contraceptiemiddelen gebruikt zou 67% het spiraal niet laten plaatsen omwille van onregelmatige bloedingen.

H. Keuze hulpverlener plaatsing spiraal in functie van huidig contraceptiemiddel.
(Zie bijlage p 104.)

In alle groepen behalve de 'andere'-groep zou de overgrote meerderheid het spiraal laten plaatsen door de gynaecoloog. 50% van de groep 'andere' zou dit eventueel laten plaatsen bij de huisarts. We zien dat dit ook de groep is die de huisarts het meeste als bron van kennis rond contraceptie heeft aangegeven.

Het is mogelijk dat zij aan de huisarts info gevraagd en gekregen hebben over de verschillende soorten van contraceptie en bijgevolg ook vertrouwen hebben dit te laten plaatsen bij de huisarts.

I. Op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot het laten plaatsen van een spiraal door de huisarts in functie van huidig contraceptiemiddel.
(Zie bijlage p 105.)

Het is in de groep 'andere' dat men het meest op de hoogte is, namelijk 38%, dat dit door de huisarts geplaatst kan worden. Bij pil- en spiraalgebruikers is dit slechts respectievelijk 23% en 25%.

J. Redenen tot niet laten plaatsen van het spiraal door de huisarts in functie van huidig contraceptiemiddel. (Zie bijlage p 106.)

De meest voorkomende reden tot het niet laten plaatsen bij de huisarts is dat de gynaecoloog meer ervaring heeft. Alweer, het gebruik van een echografie bij de gynaecoloog kan men hiervan niet volledig onafhankelijk aanschouwen.

Bij de gebruikers van het spiraal geeft 80% als reden op dat ze niet op de hoogte waren van de mogelijkheid tot het laten plaatsen van een spiraal bij de huisarts. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat dit een sociaal gewenst antwoord is, omdat de vragenlijst opgesteld is door de huisarts. Een andere mogelijkheid is natuurlijk dat het spiraal voornamelijk door de gynaecoloog geplaatst geweest is en deze zal vermoedelijk niet (laten) weten dat dit ook bij de huisarts kan gebeuren.

L. Score op de quizvragen in functie van huidig contraceptiemiddel.
(Zie bijlage p 107.)

De 'andere'-groep scoort het best met een gemiddelde van 6,2 op 8. Daarna volgt de 'spiraal'-groep met 5,9 op 8, de 'pil'-groep met 5,75 op 8 en ten slotte de 'geen'-groep met 5,0 op 8.

4.2. Sterktes en zwaktes

Beperkt aantal deelneemsters

Ondanks dat de enquêtes ongeveer een tweetal maanden uitgedeeld geweest zijn, is er een laag aantal aan ingevulde vragenlijsten bekomen, namelijk 60 vragenlijsten, waarvan 5 zonder getekend informed consent.

De enquêtes werden door het secretariaat aangeboden en de patiëntes konden deze dan invullen in de wachtzaal. Zelf heb ik er een aantal aan patiënten aangeboden, zodat ze die na het consult konden invullen als zij hiervoor de tijd nog hadden.

Er zijn verschillende verklaringen voor het lage aantal:

- Als het druk is, hebben de secretaresses niet de tijd vragenlijsten aan te bieden en bijhorende uitleg te geven. Telefoontjes en patiënten gaan voor, waardoor de enquêtes op de achtergrond durven verdwijnen.

- Veel van de vaste patiënten lopen vrijwel meteen naar de deur van de wachtzaal wat het voor de secretaresses niet makkelijk maakt om hen aan te spreken.

- Het viel ook wat buiten hun comfortzone om de patiënten hierover aan te spreken. Blijkbaar was er zelfs een patiënte kwaad geworden, omdat zij hierover aangesproken werd terwijl zij een hysterectomie had ondergaan.

- Het aanspreken van een bepaalde doelgroep is niet altijd even evident. De secretaresses moesten al op voorhand de leeftijd gaan controleren. Uiteindelijk hadden zij een lijst met daarop de namen aan wie zij dit al gevraagd hadden.

Een mogelijke oplossing zou zijn dat de artsen zelf de vragenlijsten aanbieden. Zij kennen wel de voorgeschiedenis van de patiënten en kunnen dit waarschijnlijk ook beter kaderen. Er was beslist dit niet door de artsen zelf te laten doen enerzijds omwille van de extra belasting voor mijn collega's anderzijds omdat het mij makkelijk leek dat de patiënten dit konden invullen tijdens het wachten.

Tenslotte had ik zelf moeten ingrijpen toen ik zag dat er niet voldoende enquêtes werden ingevuld. Ik heb het op zijn beloop gelaten en stelde mij tevreden met een minimum van vijftig enquêtes. Dit aantal werd arbitrair als doel vooropgesteld, maar bleek uiteindelijk niet

altijd voldoende om conclusies uit te trekken, zeker niet bij de subgroepen. Als ik de moeizame vooruitgang van de enquêtes tijdens de wekelijkse teamvergadering even had aangekaart, had ik wellicht meer data gehad. Deze hadden dan kunnen leiden tot eventueel statistisch significante resultaten.

Foutjes/onduidelijkheden in de vragenlijst

- Bij de vraag welk contraceptiemiddel ze ten heden gebruiken is er de optie ‘geen’. Zoals eerder aangehaald, had de reden waarom er geen anticonceptie nodig is interessant geweest.
- De vraag naar de bronnen van hun kennis gaat onbedoeld peilen naar twee zaken. Namelijk enerzijds wat de bron is van de kennis, anderzijds het vertrouwen die een patiënt heeft in die bron. Het is mogelijk dat mensen die optie aanduiden waar ze ook het meest vertrouwen in hebben.
- De vraagstelling ‘Kent u het ‘spiraaltje’?’ is te vaag. Gaat deze vraag nagaan of ze ervan gehoord hebben zonder meer of wordt er gepeild naar een bredere kennis. Uiteindelijk was er maar een klein aantal die ‘neen’ antwoordde op deze vraag.
- De antwoordoptie ‘beide’ bij de vraag naar welke soorten spiraaltjes gekend zijn, is overbodig.
- Bij de vraag ‘zou u zelf een spiraaltje laten plaatsen?’ waren er verschillende mensen die ‘misschien’ als antwoordoptie er bijgeschreven hadden. Dit had ik zelf als optie kunnen opgeven of ik had eventueel mijn vraag als volgt kunnen formuleren: ‘Zou u overwegen een spiraaltje te laten plaatsen?’
- Als antwoordmogelijkheid bij redenen tot het niet laten plaatsen van een spiraal staat: ‘reeds horrorverhalen over gehoord’. Zoals eerder vermeld is de term ‘horrorverhalen’ wellicht te sterk uitgedrukt.

Afkapleeftijd 35 jaar bij onderverdeling pariteit.

Deze leeftijd is arbitrair gekozen en moest meer onderbouwd zijn. Deze is gekozen met het idee dat op 35-jarige leeftijd de meeste vrouwen hun kinderwens vervuld is. Dit is echter niet geverifieerd kunnen worden in de literatuur!

Als we kijken naar de gemiddelde leeftijd waarop men een eerste kindje krijgt, is dit in België 28,6 jaar en de gemiddelde leeftijd voor het krijgen van kinderen (onafhankelijk eerste kind) is 30,4 jaar. (23)

4.3. Praktijk: Leerpunten en hoe dit toe te passen

- Voor de jongeren is seksuele opvoeding een belangrijke bron van kennis en dit zou een ingangspoort kunnen zijn ter bespreking van de verschillende contraceptiemiddelen. Zo zou bijvoorbeeld de aanhoudende misvatting, dat een spiraal niet geplaatst kan worden bij nulliparae, aangehaald kunnen worden tijdens deze lessen. Mijn kennis omtrent het leerplan of de mogelijkheden hiervan zijn ontoereikend om hier verder op in te gaan. Echter kan men wel besluiten dat dit een belangrijk medium is om de jongeren te bereiken en eventueel aan te sporen bij de huisarts langs te gaan voor verdere bespreking.

- De huisarts wordt niet zo vaak als informatiebron aangeduid aangaande contraceptie. Dit terwijl de huisarts vaak het herhalingsvoorschrift voor de pil aflevert. Het zijn die momenten die we kunnen gebruiken om bij onze patiëntes nog eens te peilen naar hun kennis over contraceptie en de tevredenheid over hun huidige methode.
  Zeker bij de hogere leeftijdscategorieën is het van belang bij vrouwen die nog steeds een COC gebruiken de risico's te overlopen en mogelijke alternatieven te bespreken.

- Zoals reeds besproken is het mogelijk dat wij als huisarts de patiënt minder informeren over het spiraal, als dit niet in ons takenpakket zit, omdat we het bijvoorbeeld niet kunnen. Slechts één arts van onze praktijk plaatste spiraaltjes. In kader van deze masterproef hebben wij een firma uitgenodigd die ons kennis heeft laten maken met hun hele gamma, uitleg heeft gegeven over de insertiewijze en ons heeft voorzien van oefenmateriaal. Dit was de start voor een andere collega om dit ook in de vingers te krijgen en ondertussen heeft ook zij al een paar spiraaltjes geplaatst.
  Het infomoment heeft bij alle artsen de kennis omtrent spiraaltjes weer wat opgefrist. Dit, samen met de extra arts die spiraaltjes plaatst, is hopelijk een aanleiding om de patiënten hierover wat meer te informeren. Dit alles met de uiteindelijke bedoeling hier in de praktijk wat meer spiraaltjes te plaatsen.

- De vereiste dat er artsen in de praktijk zijn die spiraaltjes plaatsen is vervuld. Nu moeten we de mensen hierover ook nog informeren. Een groot deel van onze patiëntenpopulatie bleek immers niet op de hoogte van deze mogelijkheid. Een deel van deze patiënten gaf dit ook op als reden tot het niet laten plaatsen bij de huisarts. Dit zou erop kunnen wijzen

dat we een deel van de patiëntes hiervoor tot bij ons kunnen krijgen, als we hen hiervan op de hoogte stellen. Een mogelijkheid voor de praktijk zou bijvoorbeeld kunnen zijn om op de website een filmpje te plaatsen aangaande insertie van een spiraaltje. Eventueel met een voice-over door een van de artsen die het ook daadwerkelijk plaatsen om zo extra vertrouwen op te wekken.

- De trend die we uit de analyse van de nulli- en multiparae kunnen halen is dat de multiparae meer ‘vasthangen’ aan de gynaecoloog. Dit is logisch aangezien zij tijdens de zwangerschap opgevolgd zijn door hun gynaecoloog en gewoonlijk ook na de bevalling in opvolging blijven. Niet nagegaan in deze studie, maar wel te veronderstellen, is dat een groot deel van hen bijvoorbeeld ook voor hun uitstrijkje en dergelijke bij de gynaecoloog gaan. Het is het proberen waard om, wanneer we zien dat het tijd is voor het uitstrijkje, te melden dat dit ook mogelijk is bij de huisarts en zo ook het vertrouwen te winnen van deze groep patiënten.

5. Besluit

De kennis die patiëntes hebben van contraceptiemiddelen komt voornamelijk van de gynaecoloog, seksuele opvoeding of vrienden. De huisarts levert hier een kleinere bijdrage.

Het spiraal zelf is globaal gezien goed gekend, maar toch zijn er nog enkele misverstanden waardoor patiëntes dit niet zouden laten plaatsen. Nulliparitеit als contra-indicatie of verhoogde kans op onvruchtbaarheid zijn onwaarheden die weerlegd kunnen worden. De pijn tijdens insertie en de onregelmatige bloedingen zijn dan weer redenen die we als huisarts kunnen nuanceren.

Er zijn verschillende redenen die onze patiëntes opgeven tot het niet laten plaatsen van een spiraal bij de huisarts. Er zijn twee redenen die het meest naar voor komen. De eerste is dat de gynaecoloog meer ervaring heeft hierin en dat er een echografie gebeurt. Een gynaecoloog heeft inderdaad meer ervaring. Hoe meer dit in onze praktijk zal gebeuren, hoe meer ervaring wij zullen hebben. Dit is een geleidelijk proces met als doel dat wij ons als huisarts hierin ook ervaren voelen. De echografie is volgens de NHG-standaard ‘anticonceptie’ niet nodig na een ongecompliceerde plaatsing. Het kan echter wel interessant zijn te exploreren waarom de patiënten dit verwachten.

De tweede reden tot het niet laten plaatsen bij de huisarts is dat men van deze mogelijkheid niet op de hoogte was. Het is aan ons om de patiënten hierover in te lichten.

We zouden al een aantal punten kunnen aanpakken door zelf onze patiëntes beter te informeren. Zo zijn herhaalvoorschriften voor anticonceptie het ideale moment om anticonceptie weer eens aan te halen, informatie te geven en bezorgdheden te overlopen. Het geeft ons ook de kans onze mogelijke rol als huisarts hierin te kaderen.

Afkortingen

COC: combined oral contraceptive

IUD: Intra-uterine device

LARC: Long-acting reversible contraception

PID: Pelvic inflammatory disease

SOA: seksueel overdraagbarde aandoening

WY: Women Years

EUG: extra-uteriene graviditeit

Bronnen

1. Mazza D, Black K, Taft A, et al. Increasing the uptake of long-acting reversible contraception in general practice: the Australian Contraceptive ChOice pRoject (ACCORd) cluster randomised controlled trial protocol. BMJ Open. 2016;6(10).

2. Buhling KJ, Zite NB, Lotke P, Black K. Worldwide use of intrauterine contraception: a review. Contraception. 2014;89(3):162-73.

3. SENSOA Vlaams expertisecentrum voor sekuele gezondheid. Anticonceptiegebruik bij Belgische jongeren en volwassenen: feiten en cijfers. 2016. Beschikbaar via: https://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/seksuele-gezondheid-van-volwassenen-vlaanderen-feiten-en-cijfers/page/0/3. (Geraadpleegd november 2017)

4. Buhling KJ, Hauck B, Dermout S, Ardaens K, Marions L. Understanding the barriers and myths limiting the use of intrauterine contraception in nulliparous women: results of a survey of European/Canadian healthcare providers. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2014;183:146-54.

5. Russo JA, Miller E, Gold MA. Myths and Misconceptions About Long-Acting Reversible Contraception (LARC). Journal of Adolescent Health. 2013;52(4, Supplement):S14-S21.

6. Brand A, Bruinsma A, van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M. NHG-standaard 'Anticonceptie'. 2011. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-anticonceptie. (Geraadpleegd op 17/02/2017)

7. Donders G, Grandjean P, Verguts J, Squifflet JL, Depypere H. Insertion of an intrauterine contraceptive device in nulliparous women: Risk of pelvic inflammatory disease. Tijdschrift voor Geneeskunde. 2013;69(24):1188-92.

8. Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. (1879-0518 (Electronic)).

9. Asselt KM BA, Engelsman N, Hammers-Cupido RJ, Landskröner I, Opstelten W, De Vries CJH. NHG-standaard 'Miskraam'. 2017. Beschikbaar via:

https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-miskraam. (Geraadpleegd novermber 2017)

10. What to expect after placement of Mirena: Bayer; 2017 [Available from: https://www.mirena-us.com/after-placement/. (Geraadpleegd november 2017)

11. Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O'Brien PA, et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015 July.

12. Dukkers van Emden DM, Smeenk RCJ, Verblackt HWJ, Westerveld MC, Wiersma TJ. NHG-standaarden voor de huisarts 2009 - Het spiraaltje. 4th ed. Bohn Stafleu van Loghum; p 698

13. Wildemeersch D, Goldstuck ND, Jackers G. Results of a 5-year contraceptive trial in parous and nulliparous women with a new LNG-IUS. Gynecological Endocrinology. 2017;33(3):223-6.

14. van den Bosch WJHM, Dukel L, Sitsen JMA. Het gynaecologisch formularium: Een praktische leidraad. Bohn Stafleu van Loghum; 2015.

15. Patel A, Schwarz EB. Cancer and contraception. Contraception. 2012;86(3):191-8.

16. Soini T, Hurskainen R, Grénman S, Mäenpää J, Paavonen J, Pukkala E. Impact of levonorgestrel-releasing intrauterine system use on the cancer risk of the ovary and fallopian tube. Acta Oncologica. 2016;55(11):1281-4.

17. Natavio MF, Barrett M, Enebish T, Perrigo J, Tobin J, Zhong C, et al. Intrauterine device use and risk of cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Contraception. 2016;94(4):431.

18. Farmacotherapeutisch Kompas. Levonorgestrel (IUD). Beschikbaar via: https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/preparaatteksten/l/levonorgestrel__iud_. (Geraadpleegd op 17/02/2017)

19. Linthout L, Gerris J. Masterproef: Niet-contraceptief gebruik van (hormonale) contraceptiva. 2014.

20. Paterson H, Clifton J, Miller D, Ashton J, Harrison-Woolrych M. Hair loss with use of the levonorgestrel intrauterine device. Contraception. Volume 76 (4): 306 - 309

21. Bahamondes MV, Monteiro I, Castro S, Espejo-Arce X, Bahamondes L. Prospective study of the forearm bone mineral density of long-term users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. Hum Reprod. 2010 May;25(5):1158-64.

22. Elders PJM, Dinant GJ, Van Geel T, Maartens LWF, Merlijn T, Geijer RMM, Geraets JJXR. NHG-standaard Fractuurpreventie. 2012. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-fractuurpreventie#idp88144 (Geraadpleegd november 2017)

23. Statbel. Geboorte en vruchtbaarheid. 2017. Beschikbaar via: https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/geboorten-en-vruchtbaarheid#news (Geraadpleegd op 16/04/2018)

24. Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête 2013: Seksuele gezondheid. Beschikbaar via: https://his.wiv-isp.be/nl/sitepages/volledige_rapporten_2013.aspx (geraadpleegd op 16/04/2018)

25. Carmen Hidding. Masterproef huisartsengeneeskunde. Heelkunde in de huisartsenpraktijk: Wat zijn de voordelen en knelpunten van kleine gynaecologische heelkunde in de eerstelijns gezondheidszorg? 2017.

Bijlages

A. Vragenlijst

Vragenlijst: het spiraaltje en andere contraceptiemiddelen

Algemeen

1. Hoe oud bent u?

   ……

2. Bent u seksueel actief?
   - □ Ja
   - □ Neen

3. Bent u ooit al bevallen? (Indien u neen antwoordt, ga door naar vraag 5.)
   - □ Ja
   - □ Neen

4. Hoeveel maal ben u bevallen?

   - Natuurlijke bevalling : ……
   - Keizersnede : ……

5. Gebruikt u momenteel een contraceptiemiddel?
   Indien ja, welke gebruikt u?
   - □ De pil (standaard: 3 weken + 1 stopweek)
   - □ De minipil (geen stopweek)
   - □ Vaginale ring (bv. Nuvaring®)
   - □ Het staafje (bv. Implanon®)
   - □ De hormoonpleister (bv. Evra®)
   - □ 3 maandelijkse injectie (bv. Depo-Provera®)
   - □ Hormoonspiraal (Mirena®/Jaydess®/…)
   - □ Koperspiraal
   - □ Condoom
   - □ Andere:

6. Indien u een spiraal heeft: door wie is deze geplaatst?
    - □ Gynaecoloog
    - □ Huisarts

Kennis contraceptie

1. Over welke contraceptiemiddelen heeft u reeds gehoord?
    - □ De pil (3 weken + stopweek)
    - □ De minipil (continue inname, geen stopweek)
    - □ Vaginale ring (bv. Nuvaring®)
    - □ Het staafje (bv. Implanon®)
    - □ De hormoonpleister
    - □ 3 maandelijkse injectie
    - □ Spiraaltje:
        - □ Hormoonspiraal
        - □ Koperspiraal
        - □ Ik weet niet welk soort spiraal.
    - □ Mannencondoom
    - □ Vrouwencondoom

2. Via welke bronnen heeft u gehoord over deze contraceptiemiddelen? (Meerdere aanduiden mag.)
    - □ Gynaecoloog
    - □ Huisarts
    - □ Seksuele opvoeding op school
    - □ Ouders
    - □ Vrienden
    - □ Internet:
        - o Sensoa.be
        - o Thuisarts.nl
        - o Andere
    - □ TV
    - □ Andere: …

Spiraal

1. Kent u het ‘spiraaltje’? Zo niet, mag u meteen overgaan naar de quizvragen.
    - □ Ja
    - □ Neen

2. Vanwaar kent u dit?
    - □ Gynaecoloog
    - □ Huisarts
    - □ Seksuele opvoeding op school
    - □ Ouders
    - □ Vrienden
    - □ Internet:
        - o Sensoa.be
        - o Thuisarts.nl
        - o Andere
    - □ TV
    - □ Andere: …

3. Er zijn 2 soorten spiraaltjes. Welke kent u?
    - □ Het koperspiraal
    - □ Het hormoonspiraal (Mirena®/Jaydess®/…)
    - □ Beide

4. Zou u zelf een spiraaltje laten plaatsen?
    - □ Ja
    - □ Neen

    Zo neen, waarom niet?

    Opgelet: Omdat het bij de antwoordmogelijkheden staat, is dit niet per se correcte informatie.

    - □ ‘Het is te duur.’
    - □ ‘Ik heb schrik dat het pijnlijk is om te laten plaatsen.’
    - □ ‘Het is moeilijk om een afspraak bij de gynaecoloog te plannen, aangezien het geplaatst moet worden tijdens de menstruatie.’
    - □ ‘Dit wordt afgeraden bij vrouwen die nog geen kinderen hebben.’
    - □ ‘Het spiraal zou een verhoogd risico op infectie met zich meebrengen.’
    - □ ‘Er zou een verhoogd risico op buitenbaarmoederlijke zwangerschap zijn.’
    - □ ‘Er zou een verhoogd risico op onvruchtbaarheid zijn.’
    - □ ‘Er is kans op perforatie van de baarmoeder.’
    - □ ‘Ik heb daar reeds horrorverhalen over gehoord.’
    - □ ‘Het spiraaltje is meteen voor een langere periode en ik wens zwanger te worden op kortere termijn.’
    - □ ‘Het spiraaltje kan gepaard gaan met onregelmatige bloedingen.’
    - □ ‘Er is een kans dat er geen bloedingen meer zullen zijn.’
    - □ ‘Acne wordt er erger door.’
    - □ ‘Het spiraaltje kan gepaard gaan met gewichtstoename.’
    - □ ‘Spiraaltjes veroorzaken een abortus.’
    - □ Andere:
      ……
      ……
      ……
      ……
      ……

5. Indien u een spiraaltje zou laten plaatsen. Door welke hulpverlener zou u dit het liefst laten doen?
   - □ Gynaecoloog
   - □ Huisarts
   - □ Vroedvrouw
   - □ Andere:

   Waarom?:

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

   ……

6. Wist u dat het mogelijk is het spiraaltje te laten plaatsen bij de huisarts?
   - □ Ja
   - □ Neen

7. Indien u dit niet bij de huisarts zou laten plaatsen, wat zou dan de reden zijn? (Meerdere antwoorden aanduiden mag.)
   - □ ‘Gynaecoloog heeft meer ervaring, dus heb ik ook meer vertrouwen in.’
   - □ ‘Bij de gynaecoloog nemen ze ook een echografie.’
   - □ ‘Ik wist niet dat dit bij de huisarts kon.’
   - □ ‘Ik heb verhalen gehoord waar het misgelopen is bij de huisarts.’
   - □ ‘Ik heb geen zin om alsnog bij de gynaecoloog te moeten gaan, als het bij de huisarts niet lukt.’
   - □ Andere:

     ……

     ……

     ……

     ……

     ……

Enkele quizvragen

Juist of fout?

1. De pil is het meest gebruikte anticonceptiemiddel omdat deze het minst ‘schadelijk’ is voor de gezondheid.

   JUIST/ FOUT

2. Braken of diarree (langer dan 1 dag) vermindert de werking van de pil.

   JUIST/FOUT

3. Een spiraal kan men vroegtijdig laten verwijderen.

   JUIST/FOUT

4. Het spiraaltje beschermt tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA’s) (Bv: HIV, syfilis, herpes,...).

   JUIST/FOUT

5. Vrouwen die nog geen kinderen hebben, laten best geen spiraal plaatsen.

   JUIST/FOUT

6. Het spiraal plaatsen, mag ook buiten de menstruatieperiode.

   JUIST/FOUT

7. Alle huisartsen kunnen een spiraal plaatsen.

   JUIST/FOUT

8. Spiraaltjes kunnen een infectie veroorzaken met onvruchtbaarheid tot gevolg.

   JUIST/FOUT

Nuttige websites

www.seksualiteit.be (online test welk anticonceptiemiddel bij jou het beste past + meer informatie)

www.thuisarts.nl

Antwoorden quizvragen

1. De pil is het meest gebruikte anticonceptiemiddel omdat deze het minst ‘schadelijk’ is voor de gezondheid.

   FOUT

   De combinatiepil bevat zowel een progestageen als een oestrogeen. Deze worden ontraden bij patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, een belaste familieanamnese voor veneuze trombo-embolie, migraine en bij patiënten die roken.

2. Braken of diarree (langer dan 1 dag) vermindert de werking van de pil.

   JUIST

   Thuisarts.nl: Als u binnen vier uur na het innemen van de pil moet braken of waterdunne diarree hebt, dan is de pil niet betrouwbaar. Neem dan een extra pil in.

3. Een spiraal kan men vroegtijdig laten verwijderen.

   JUIST

   Een spiraal kan verwijderd worden op elk tijdstip.

4. Het spiraaltje beschermt tegen SOA’s.

   FOUT

   Enkel het mannen- en vrouwencondoom beschermen tegen SOA’s.

5. Vrouwen die nog geen kinderen hebben, laten best geen spiraal plaatsen.

   FOUT

   Spiraaltjes kunnen wat moeilijker te plaatsen zijn bij vrouwen die nog geen kinderen hebben. Er zijn echter de laatste jaren kleinere modellen op de markt gekomen zoals Jaydess en Kyleena wat de plaatsing zou vergemakkelijken.

6. Het spiraal plaatsen, mag ook buiten de menstruatieperiode.

   JUIST

   Het spiraaltje wordt meestal geplaatst tijdens de eerste 7 dagen van de menstruatie. Je bent dan zeker niet zwanger en het spiraaltje is direct betrouwbaar. De baarmoederhals is tijdens de menstruatie soepeler zodat de inbreng iets vlotter verloopt.

7. Alle huisartsen kunnen een spiraal plaatsen.

   FOUT

   Niet alle huisartsen plaatsen spiraaltjes.

8. Spiraaltjes kunnen een infectie veroorzaken met onvruchtbaarheid tot gevolg.

   JUIST

   De eerste drie weken na plaatsing van een spiraal is er een verhoogd risico op een pelvic inflammatory disease (PID). Dit risico is verbonden aan het plaatsingsproces en de aanwezigheid van een eventuele soa. Bij de minste kans op een SOA wordt er eerst een screeningstest uitgevoerd om dit risico te minimaliseren.

C. Patiëntenbrief + informed consent

Beste

U heeft zojuist een vragenlijst gekregen van onze secretaresse. Deze gaat over anticonceptie en in het bijzonder het gebruik van het spiraaltje. Ik leg graag uit wat de bedoeling is.

Gedurende mijn 2-jarige opleiding tot huisarts moet ik een eindwerk maken. Ik heb besloten een onderzoek uit te voeren naar de plaatsing van spiraaltjes in de eerste lijn, meer in het bijzonder de huisartsenpraktijk. Het plaatsen van spiraaltjes is iets dat in deze praktijk niet vaak voorkomt, hoewel het mogelijk is. Met deze vragenlijst probeer ik te onderzoeken welke factoren hierbij een rol spelen.

In de vragenlijst zal er gepeild worden naar uw huidige kennis over anticonceptie en uw mening hierover. Deze vragenlijst zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. Indien u vroeger bij de dokter binnengeroepen wordt, mag u na de raadpleging de vragenlijst rustig verder invullen in de wachtzaal. Nadien mag u deze aan onze secretaresse teruggeven. Zij zal u vervolgens de antwoorden op de quizvraagjes meegeven en een brochure over anticonceptie indien u dit wenst.

De resultaten van deze vragenlijsten worden volledig geanonimiseerd verwerkt en worden niet gelinkt aan uw naam. U mag uw naam dan ook niet op de vragenlijst vermelden.

Indien er onduidelijkheden zijn of u wenst verdere informatie over anticonceptie, mag u steeds vrijblijvend een afspraak maken bij mij. Indien deze consultatie kadert binnen het onderzoek, zal u deze niet aangerekend worden.

Graag ook het bijgevoegde 'informed consent' tekenen, anders mogen wij uw antwoorden niet verwerken.

Alvast Bedankt!

Dr. Lore Linthout en collega's

Informed consent/Informatie voor de patiënt:

Project:

Het spiraal in de eerste lijn: visie van de patiënt.

Beschrijving en doel van het project.

U heeft zojuist van onze secretaresse een vragenlijst gekregen. Deze vragenlijst onderzoekt het plaatsen van spiraaltjes in de huisartsenpraktijk/eerste lijn. Hoewel dit mogelijk is in deze praktijk, gebeurt het niet vaak. Met deze vragenlijst probeer ik een beeld te krijgen over welke factoren hierbij een rol spelen.

In de vragenlijst wordt gepeild naar uw huidige kennis over anticonceptie en uw mening hierover. Deze vragenlijst zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen. Als u vroeger bij de dokter binnengeroepen wordt, is dit geen probleem. U mag steeds na de consultatie plaats nemen in de wachtzaal om de vragenlijst rustig verder in te vullen. Nadien mag u deze aan onze secretaresse teruggeven. Zij zal u vervolgens de antwoorden op de quizvraagjes meegeven en indien u dit wenst een brochure over anticonceptie.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deze vragenlijst voor ons in te vullen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan de UGent, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. Deze dataverzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Linthout.

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.

U kunt weigeren de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere behandeling en de relatie met de behandelende artsen.

Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot nieuwe praktijkrichtlijnen aangaande het plaatsen van spiraaltjes.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel, tenzij u een extra consult wenst over contraceptie.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden geanonimiseerd (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt. De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De patiënt kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam arts/onderzoeker: Dr. Lore Linthout Naam Patiënt:

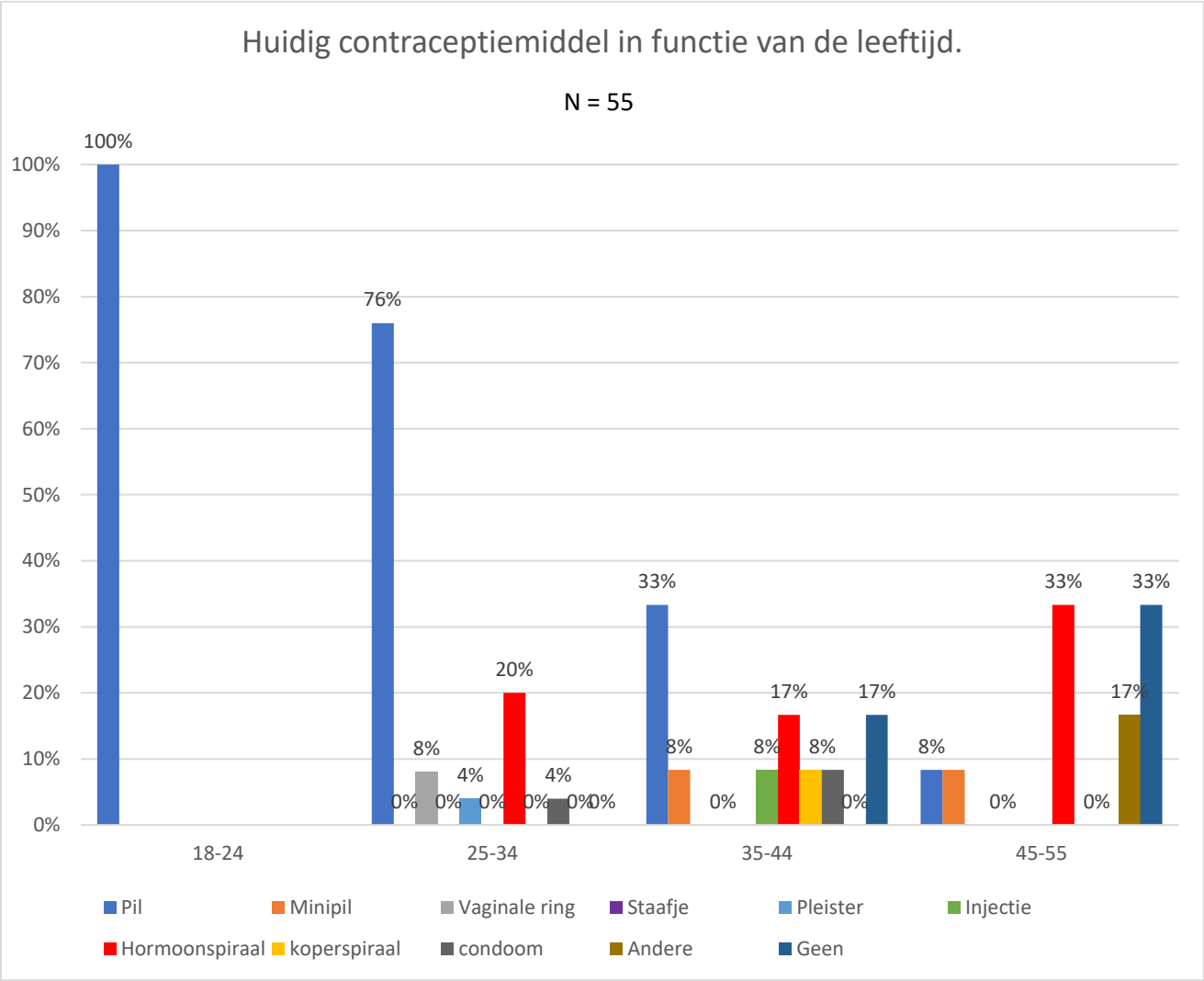
Datum: 11/09/2017 Datum:

Handtekening Handtekening

D. Grafieken en bijhorende tabellen

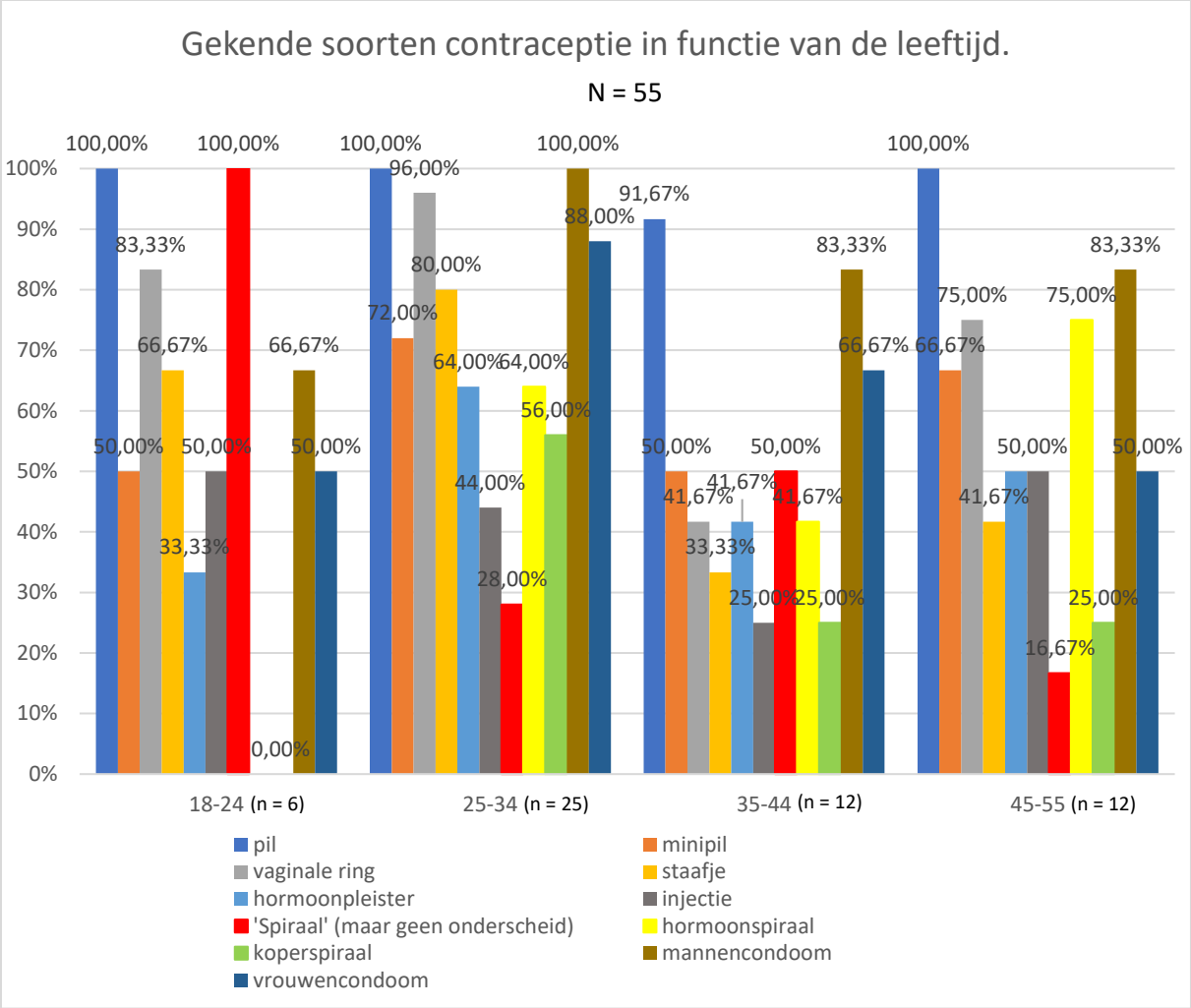
Leeftijd

1.1. Huidig gebruik contraceptiemiddel in functie van de leeftijd.



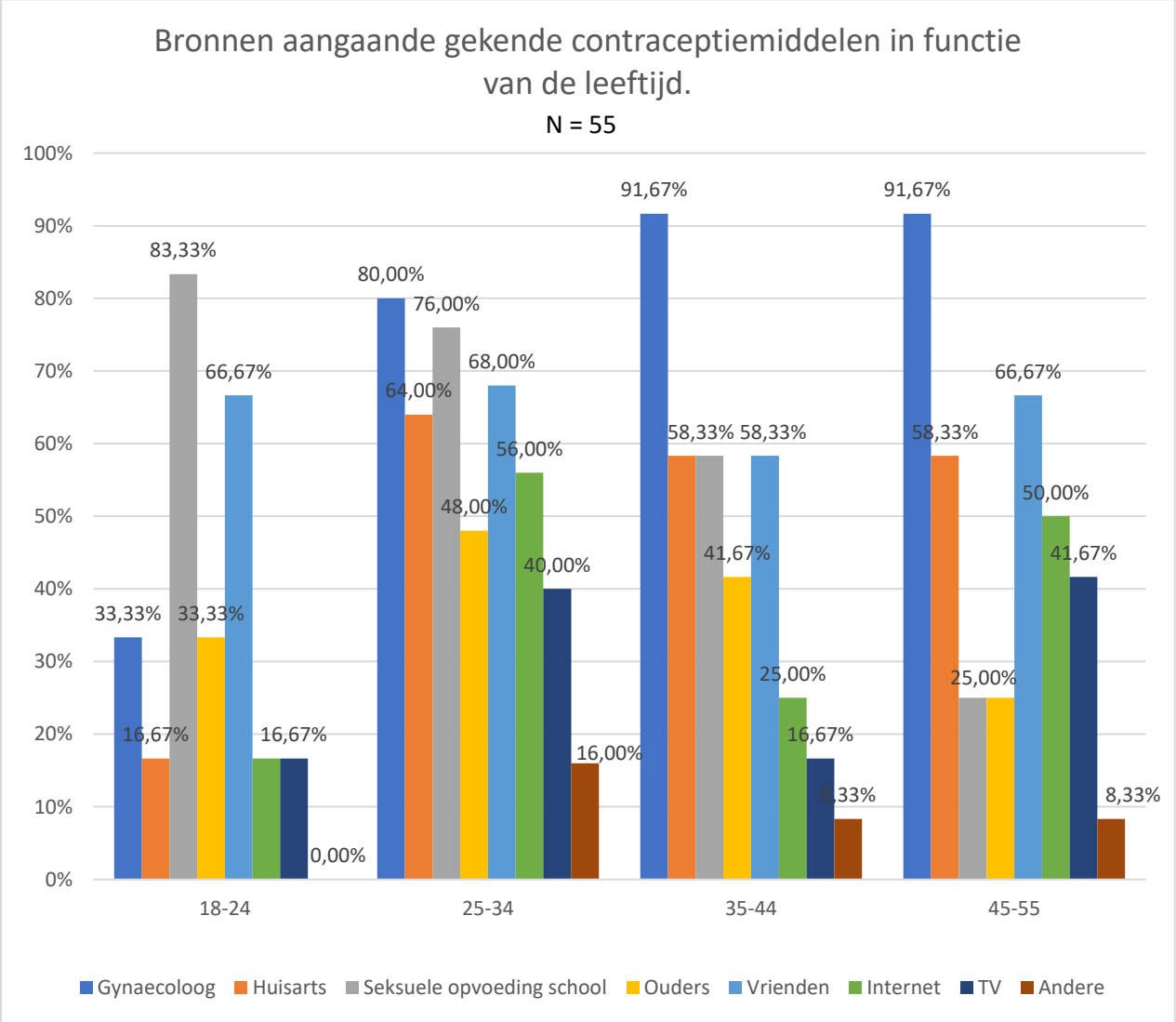
	N	Pil	Minipil	Vaginale ring	Staafje	Pleister	Injectie	Hormoon-spiraal	Koperspiraal	Condoom	Andere	Geen
18-24	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-34	25	19	0	2	0	1	0	5	0	1	0	0
35-44	12	4	1	0	0	0	1	2	1	1	0	2
45-55	12	1	1	0	0	0	0	4	0	0	2	4
TOTAAL	55	30	2	2	0	1	1	11	1	2	2	6

1.2. Gekende contraceptiemiddelen (‘Over welk contraceptiemiddel heeft u reeds gehoord?’) in functie van de leeftijd.



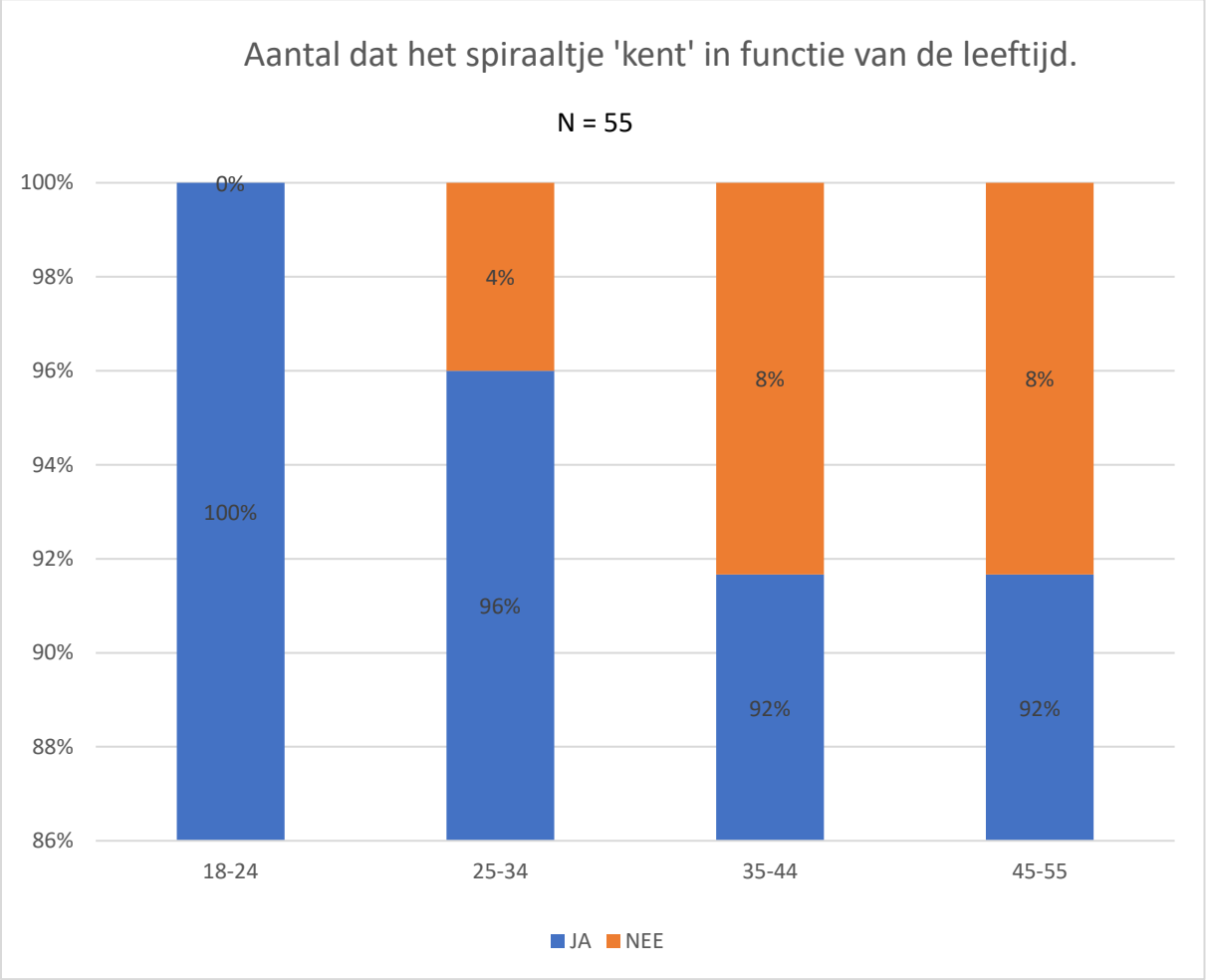
	N	pil	minipil	vaginale ring	staafje	Hormoon-pleister	injectie	Spiraal (geen onderscheid)	Hormoon-spiraal	Koper-spiraal	Mannen-condoom	Vrouwen-condoom
18-24	6	6	3	5	4	2	3	6	0	0	4	3
25-34	25	25	18	24	20	16	11	8	16	14	25	22
35-44	12	11	6	5	4	5	3	6	5	3	10	8
45-55	12	12	8	9	5	6	6	2	9	3	10	6
totaal	55	54	35	43	33	29	23	22	30	20	49	39

1.3. Bronnen betreffende de gekende contraceptiemiddelen in functie van de leeftijd.



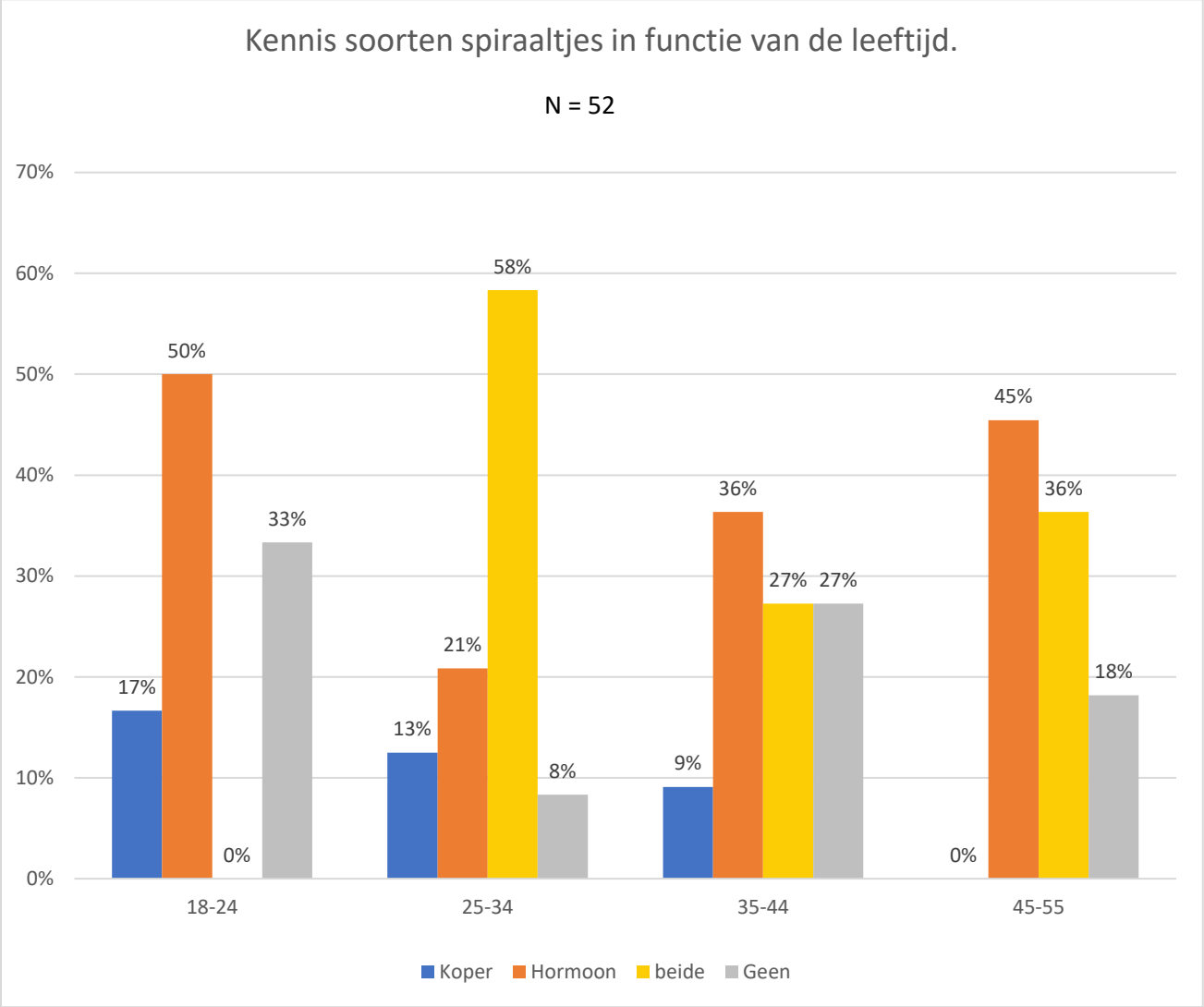
	N	Gynaecoloog	Huisarts	Seksuele opvoeding school	Ouders	Vrienden	Internet	TV	Andere
18-24	6	2	1	5	2	4	1	1	
25-34	25	20	16	19	12	17	14	10	4
35-44	12	11	7	7	5	7	3	2	1
45-55	12	11	7	3	3	8	6	5	1
Totaal	55	44	31	34	22	36	24	18	6

1.4. Aantal deelneemsters die het spiraaltje ‘kennen’ in functie van de leeftijd.



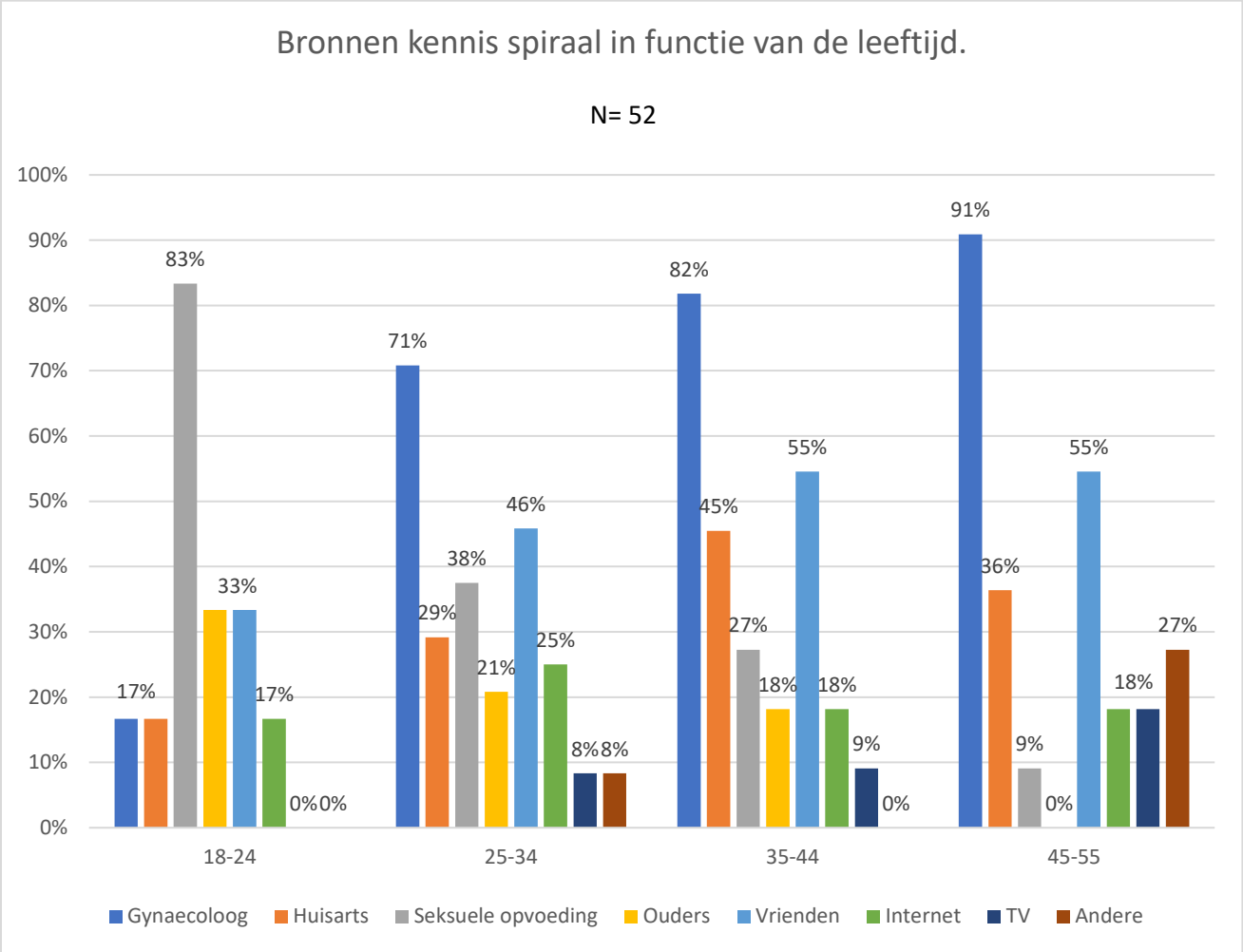
	N	JA	NEE
18-24	6	6	0
25-34	25	24	1
35-44	12	11	1
45-55	12	11	1
Totaal	55	52	3

1.5. Onderscheid spiraaltjes gekend in functie van de leeftijd.



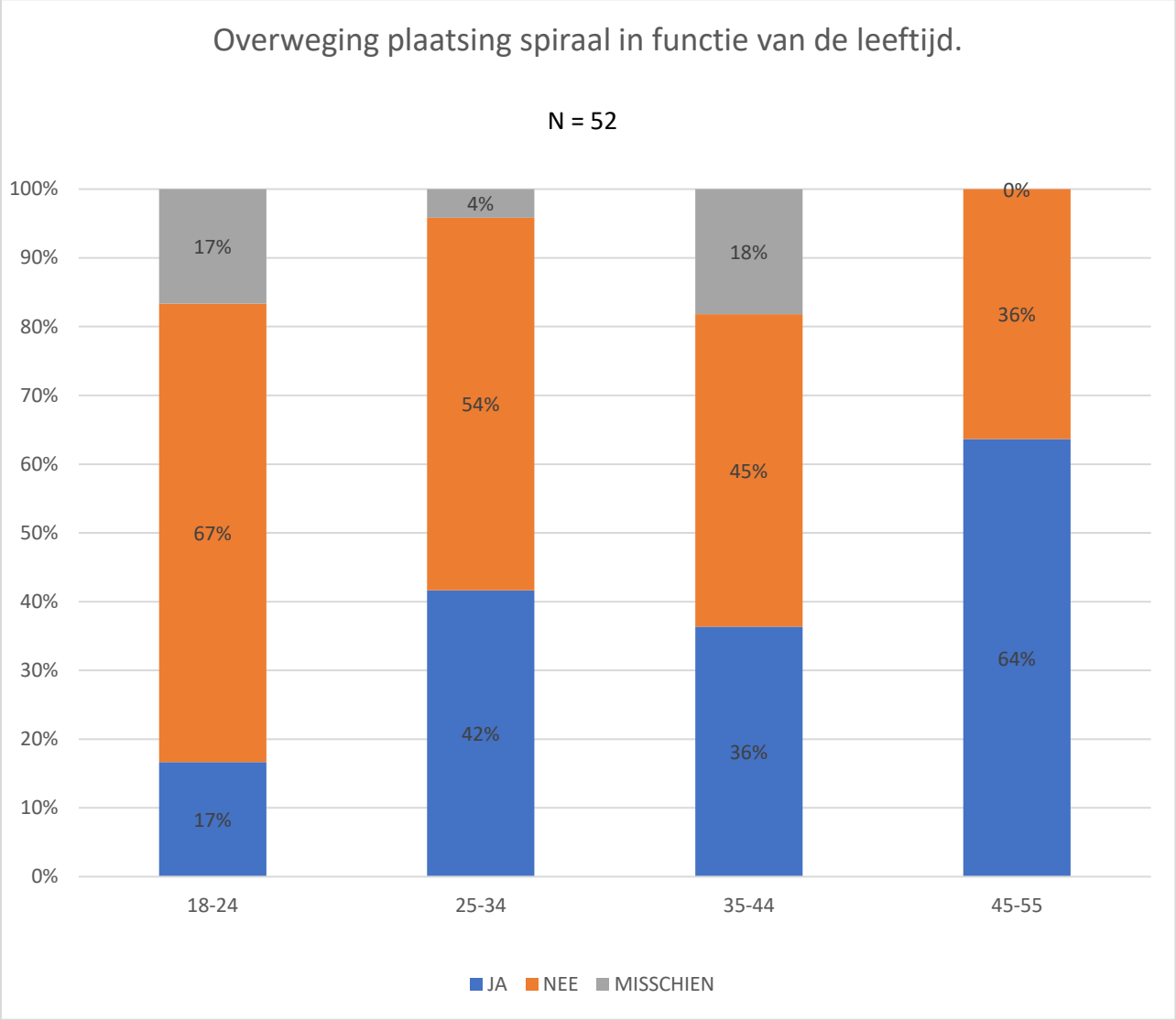
	N	Koper	Hormoon	beide	Geen		Totaal koper	Totaal hormoon
18-24	6	1	3	0	2		1 (16,7%)	3 (50%)
25-34	24	3	5	14	2		17 (70,8%)	19 (79,2%)
35-44	11	1	4	3	3		4 (36,4%)	7 (63,6%)
45-55	11	0	5	4	2		4 (36,4%)	9 (81,8%)
Totaal	52	5	17	21	9		26 (50%)	38 (73,1%)

1.6. Bronnen aangaande spiraaltjes in functie van de leeftijd.



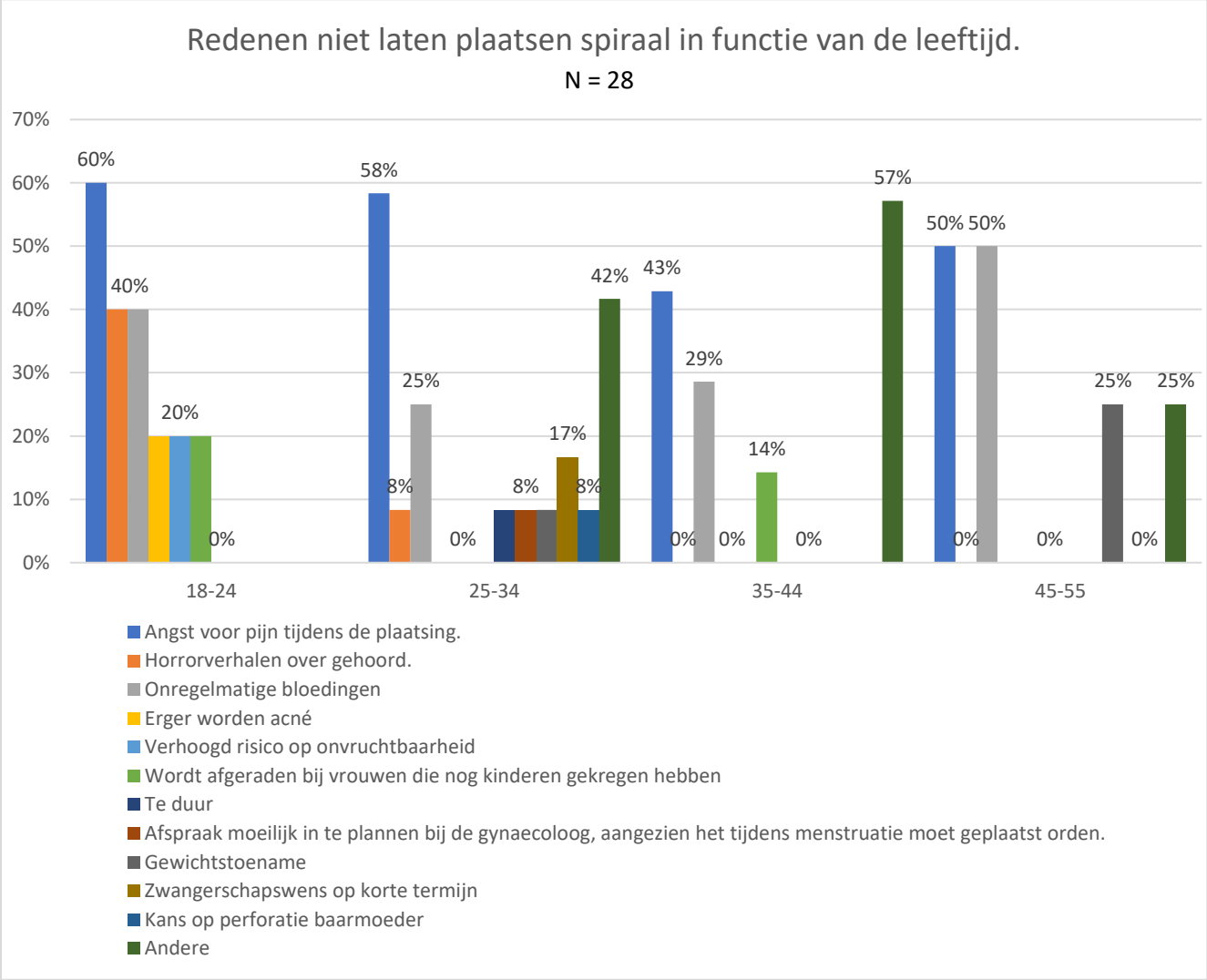
	N	Gynaecoloog	Huisarts	Seksuele opvoeding	Ouders	Vrienden	Internet	TV	Andere
18-24	6	1	1	5	2	2	1	0	0
25-34	24	17	7	9	5	11	6	2	2
35-44	11	9	5	3	2	6	2	1	0
45-55	11	10	4	1	0	6	2	2	3
Totaal	52	37	17	18	9	25	11	5	5

1.7. Overweging laten plaatsen van een spiraaltje in functie van de leeftijd.



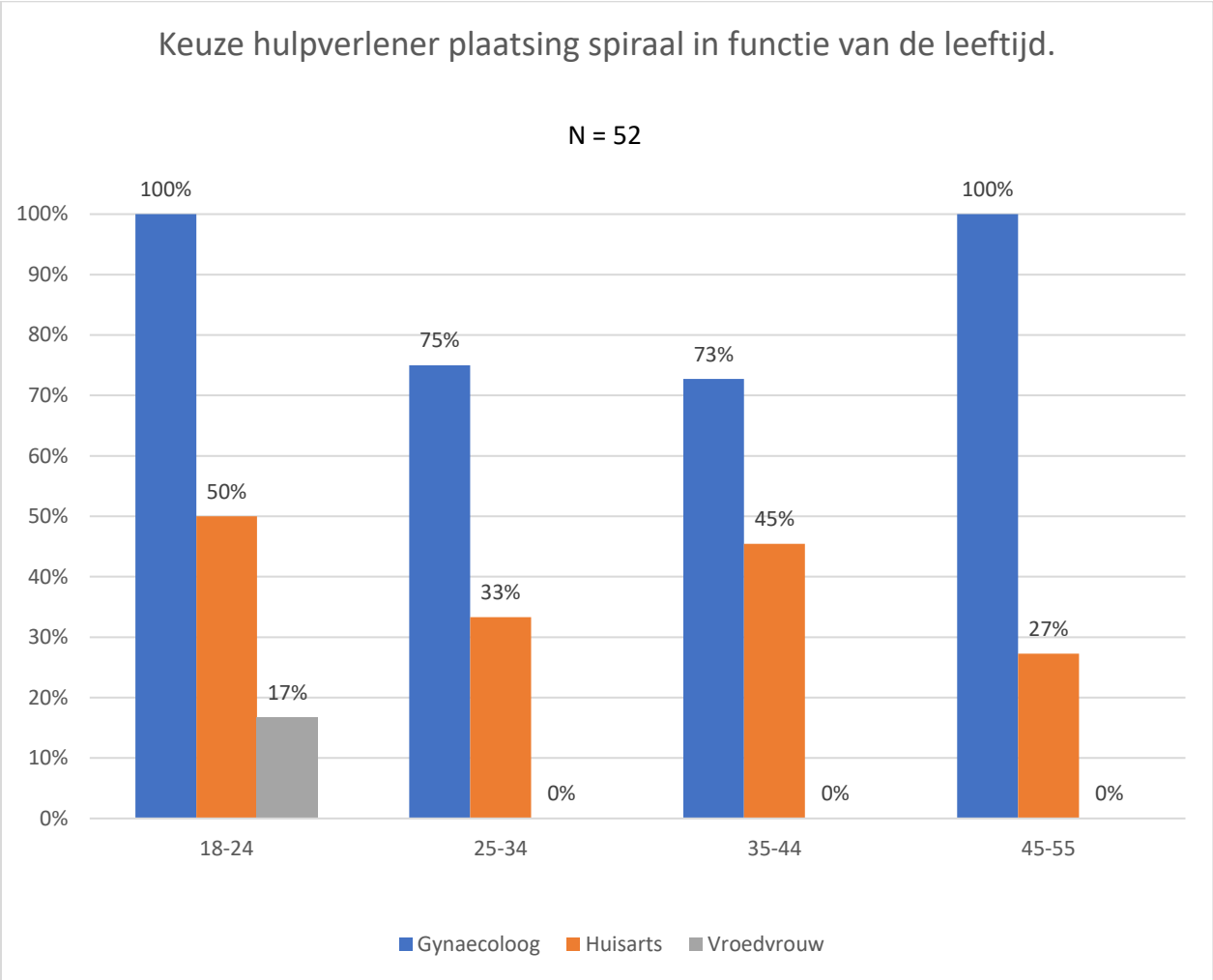
	N	JA	NEE	MISSCHIEN
18-24	6	1	4	1
25-34	24	10	13	1
35-44	11	4	5	2
45-55	11	7	4	0
Totaal	52	22	26	4

1.8. Redenen tot het niet laten plaatsen van een spiraal in functie van de leeftijd.



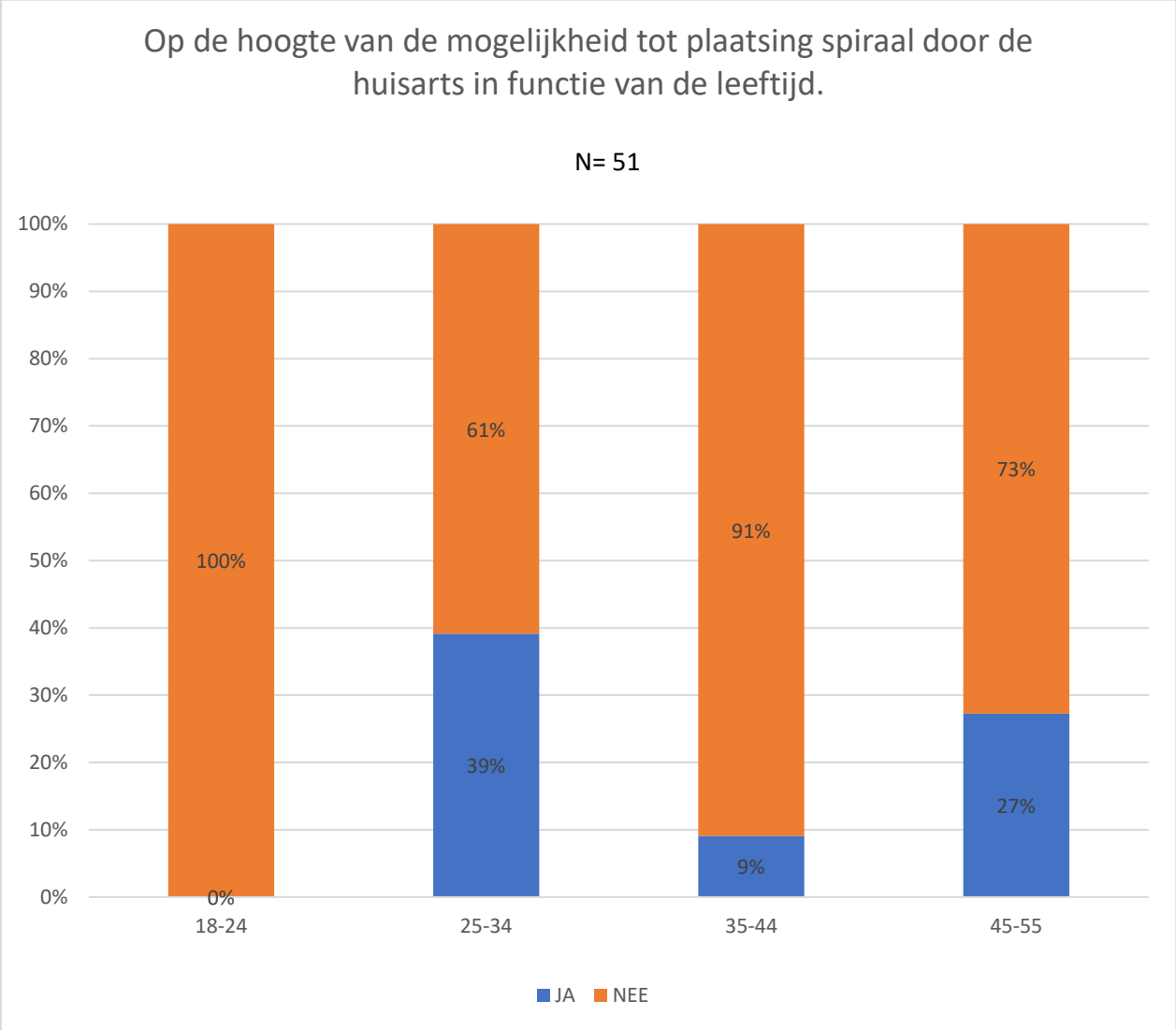
	N	Angst voor pijn	Horrorverhalen over gehoord.	Onregelmatige bloedingen	Erger worden acné	Verhoogd risico op onvruchtbaarheid	Wordt afgeraden bij vrouwen die nog geen kinderen gekregen hebben.	Te duur	Afspraak moeilijk in te plannen bij de gynaecoloog, aangezien het tijdens menstruatie moet geplaatst worden.	Gewichtstoename	Zwangerschapswens op korte termijn	Kans op perforatie baarmoeder	Andere
18-24	5	3	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0
25-34	12	7	1	3	0	0	0	1	1	1	2	1	5
35-44	7	3	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	4
45-55	4	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Totaal	28	15	3	9	1	1	2	1	1	2	2	1	10

1.9. Keuze hulpverlener plaatsing spiraal in functie van de leeftijd.



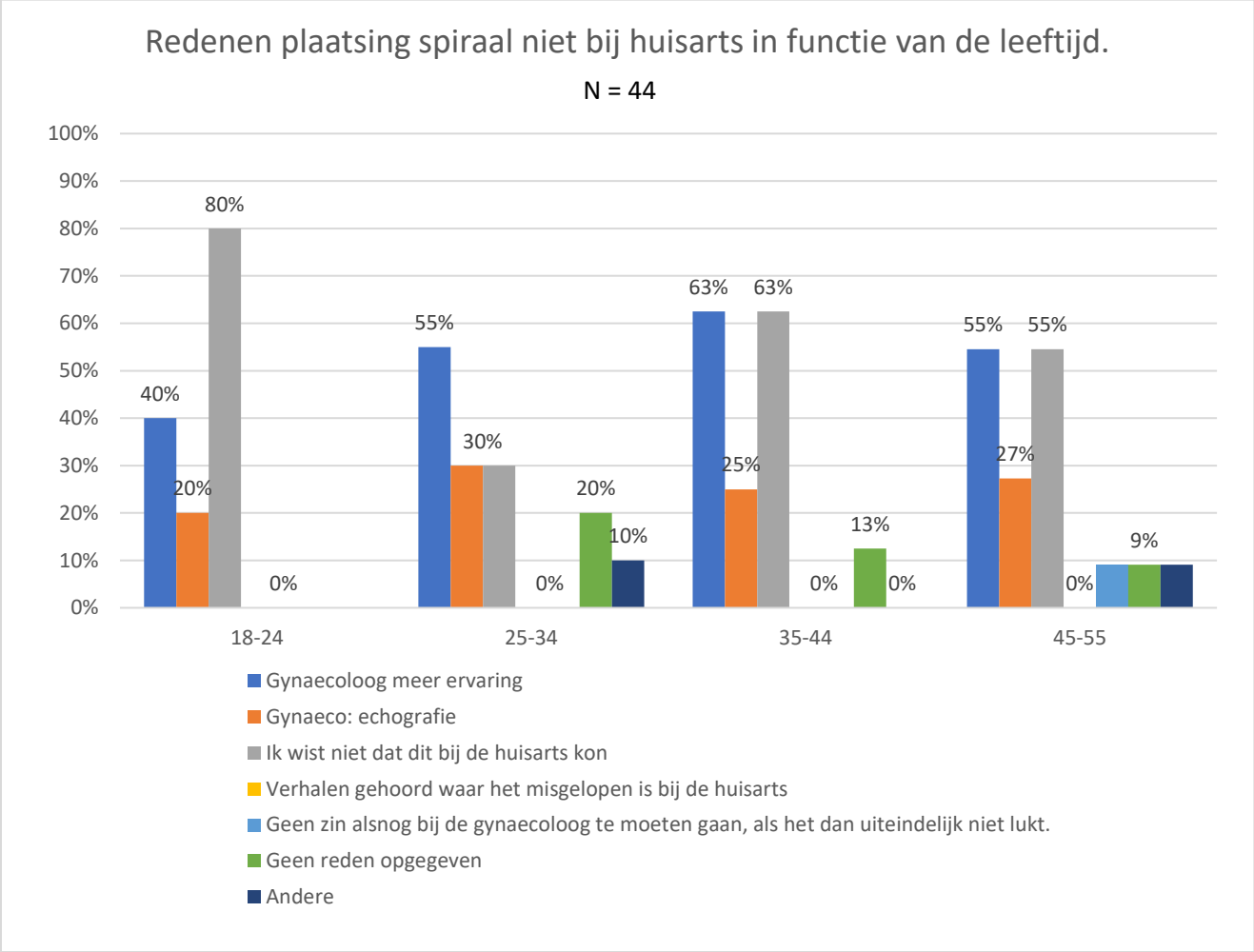
	N	Gynaecoloog	Huisarts	Vroedvrouw
18-24	6	6	3	1
25-34	24	18	8	0
35-44	11	8	5	0
45-55	11	11	3	0
Totaal	52	43	19	1

1.10. Op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot het laten plaatsen van een spiraal door de huisarts in functie van de leeftijd.



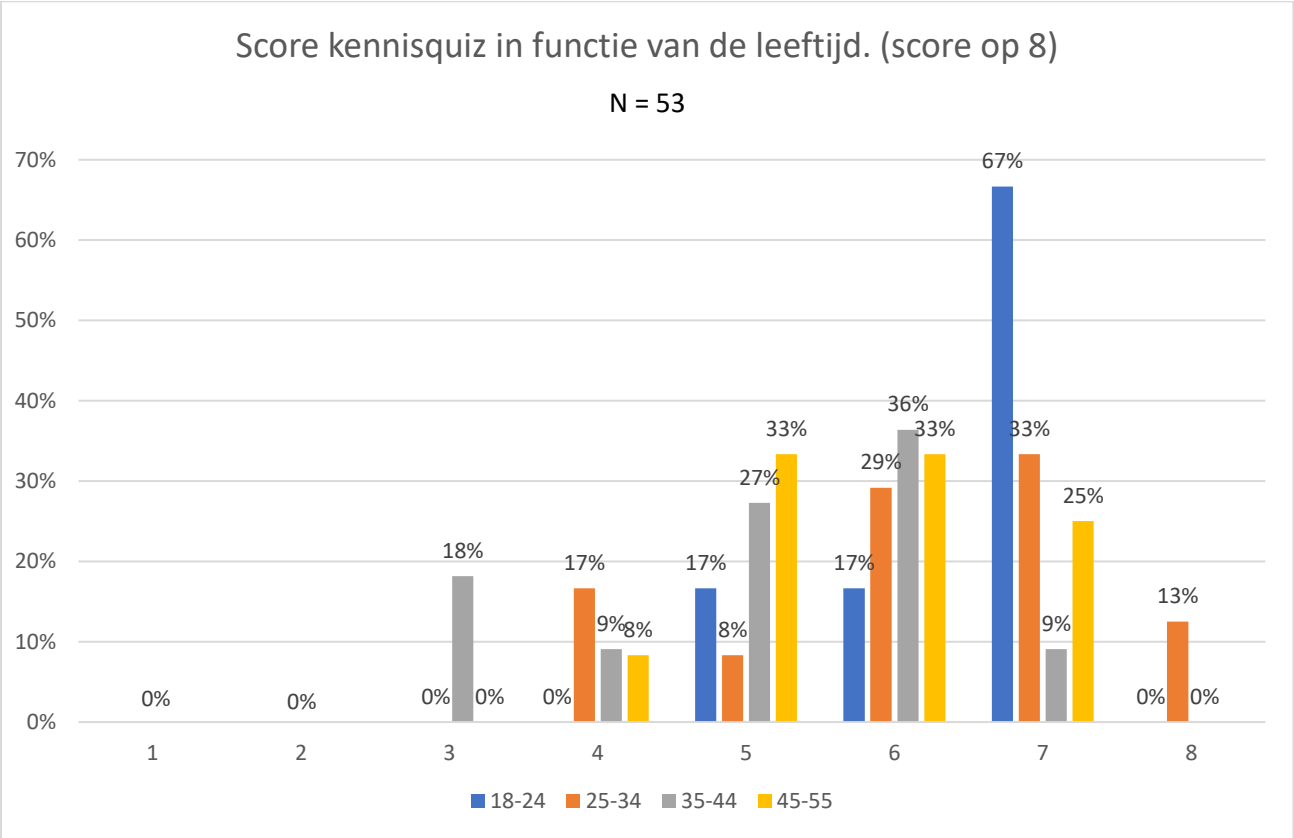
	N	JA	NEE
18-24	6	0	6
25-34	23	9	14
35-44	11	1	10
45-55	11	3	8
Totaal	51	13	38

1.11. Redenen tot het niet laten plaatsen van het spiraal bij de huisarts in functie van de leeftijd.



	N	Gynaecoloog heeft meer ervaring	Gynaeco: echografie	Ik wist niet dat dit bij de huisarts kon	Verhalen gehoord waar het misgelopen is bij de huisarts.	Geen zin alsnog bij de gynaecoloog te moeten gaan, als het dan uiteindelijk niet lukt.	Geen reden opgegeven	Andere
18-24	5	2	1	4	0	0	0	0
25-34	20	11	6	6	0	0	4	2
35-44	8	5	2	5	0	0	1	0
45-55	11	6	3	6	0	1	1	1
Totaal	44	24	12	21	0	1	6	3

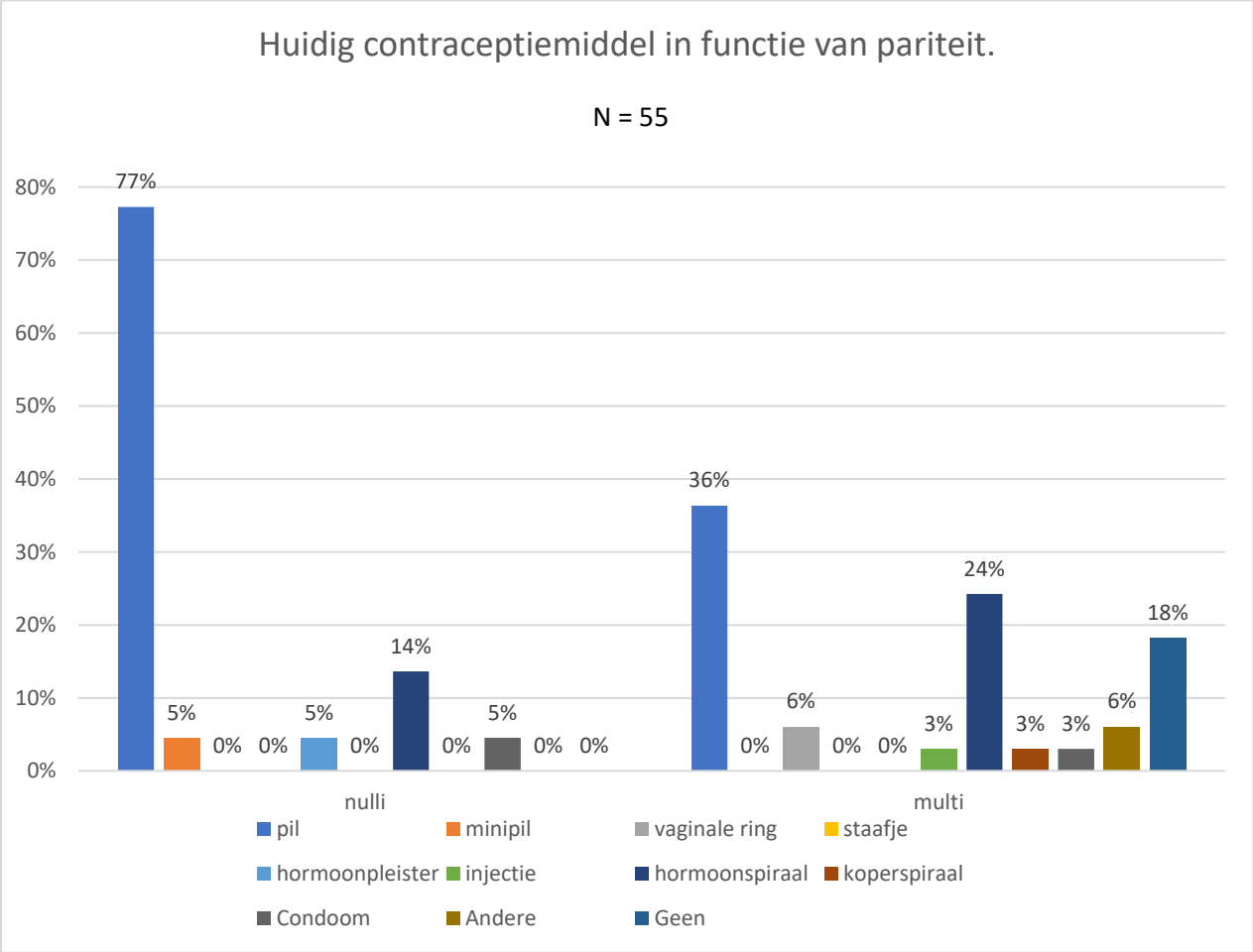
1.12. Score op de quizvragen in functie van de leeftijd.



	N	3	4	5	6	7	8	Gemiddelde
18-24	6	0	0	1	1	4	0	6,5
25-34	24	0	4	2	7	8	3	6,1
35-44	11	2	1	3	4	1	0	5,1
45-55	12	0	1	4	4	3	0	5,8
Totaal	53	2	6	10	16	16	3	5,9

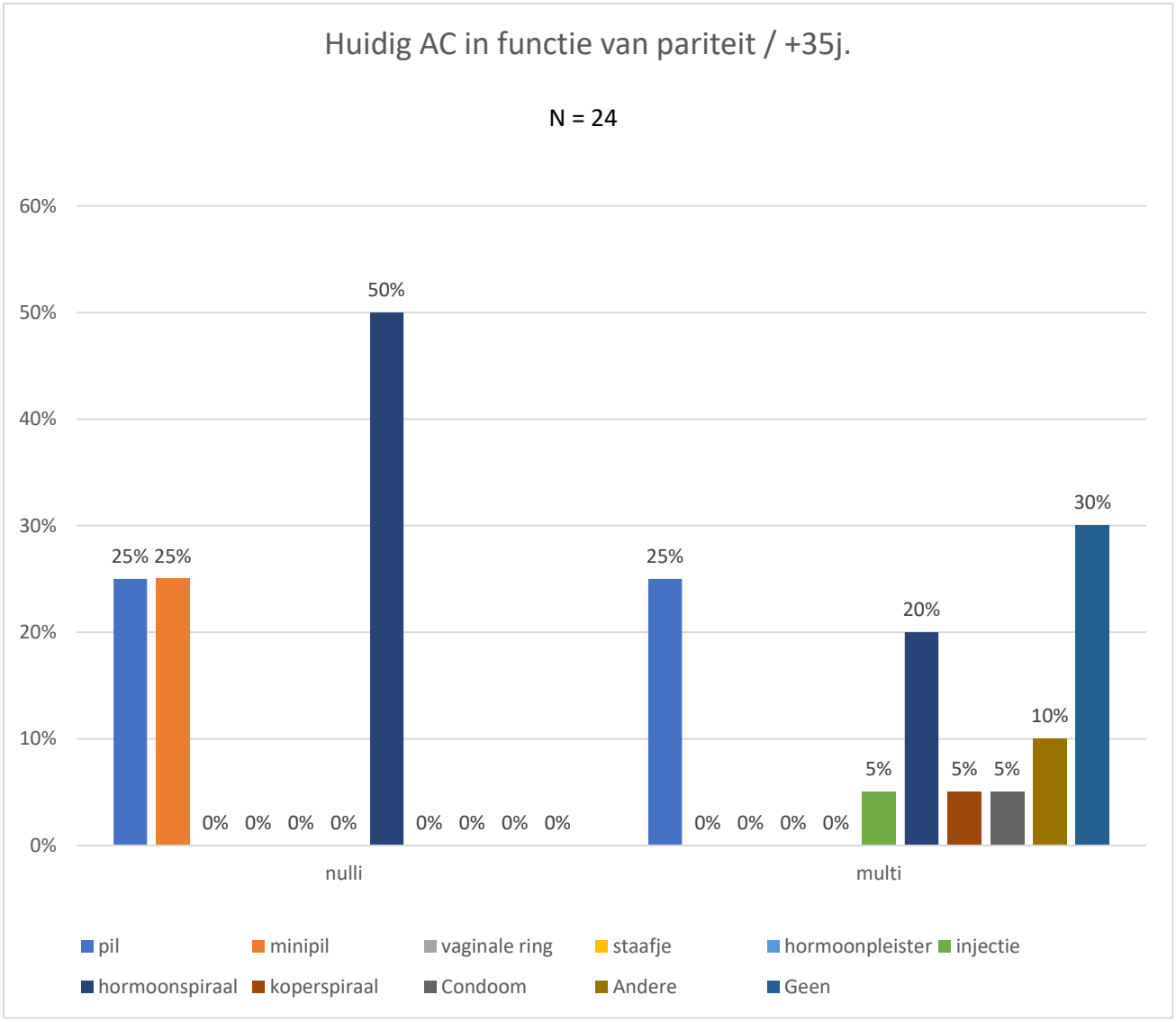
Pariteit

2.1. Huidig gebruik contraceptiemiddel in functie van de pariteit.



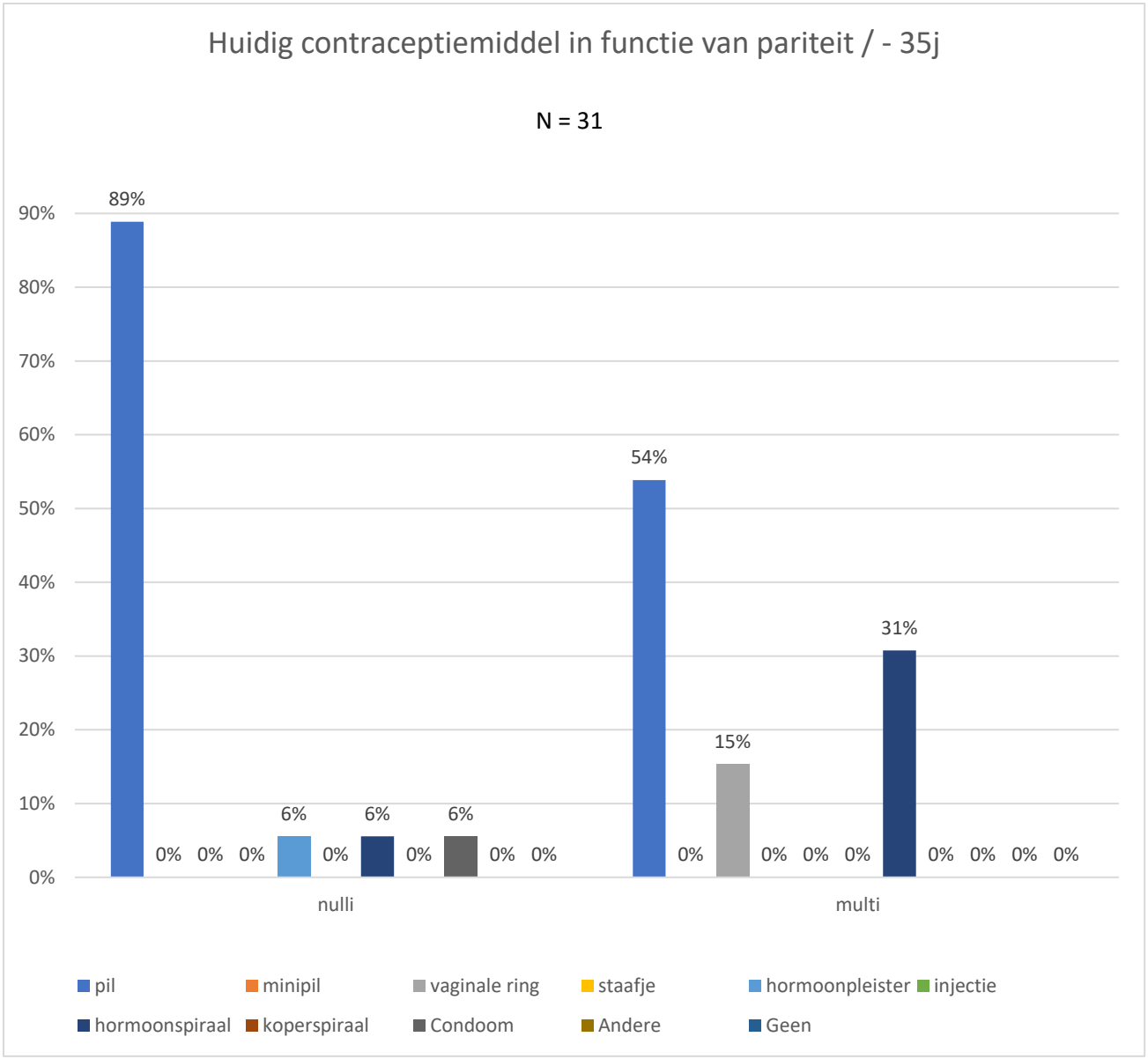
	#	pil	minipil	vaginale ring	staafje	Hormoon-pleister	injectie	Hormoon-spiraal	Koper-spiraal	Condoom	Andere	Geen
Nullipara	22	17	1	0	0	1	0	3	0	1	0	0
multipara	33	12	0	2	0	0	1	8	1	1	2	6
Totaal	55	29	1	2	0	1	1	11	1	2	2	6

Bis. Huidig gebruik contraceptiemiddel in functie van de pariteit / + 35j.



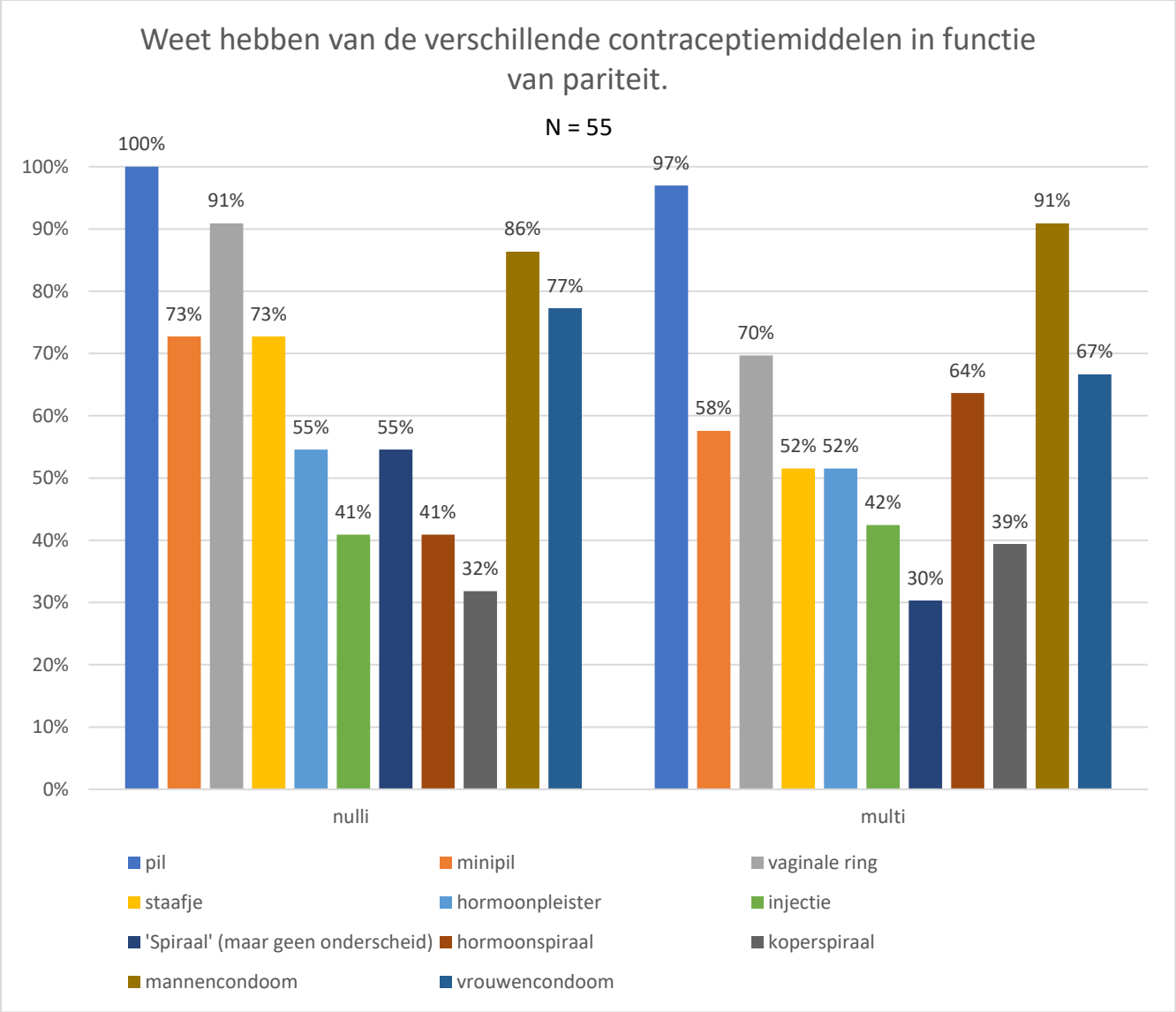
	#	pil	minipil	vaginale ring	staafje	Hormoon-pleister	injectie	Hormoon-spiraal	Koper-spiraal	Condoom	Andere	Geen
Nullipara	4	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
Multipara	20	5	0	0	0	0	1	4	1	1	2	6
Totaal	24	6	1	0	0	0	1	6	1	1	2	6

Bis. Huidig gebruik contraceptiemiddel in functie van de pariteit / - 35j.



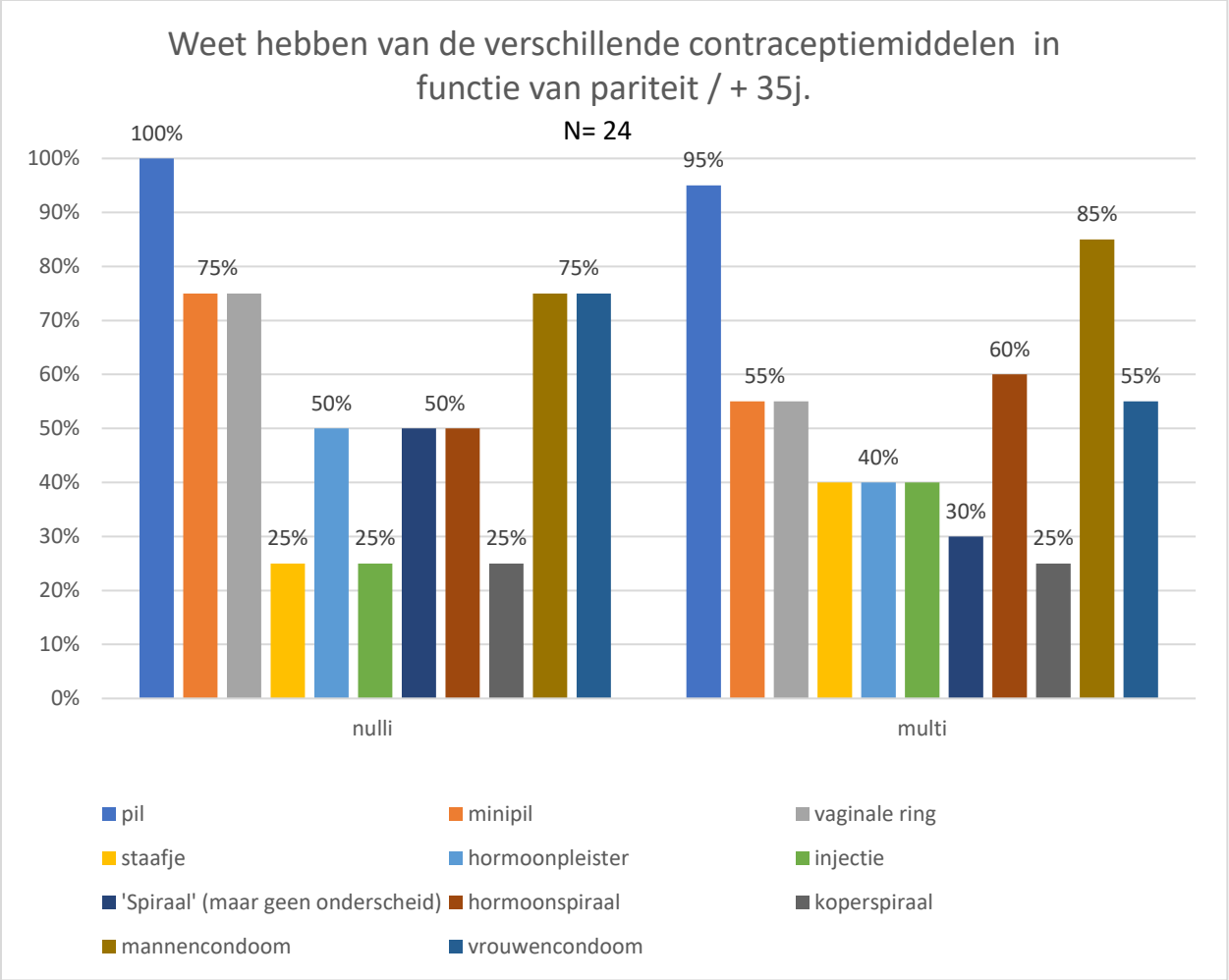
	#	pil	minipil	vaginale ring	staafje	Hormoon-pleister	injectie	Hormoon-spiraal	Koper-spiraal	Condoom	Andere	Geen
Nullipara	18	16	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0
Multipara	13	7	0	2	0	0	0	4	0	0	0	0
Totaal	31	23	0	2	0	1	0	5	0	1	0	0

2.2. Gekende contraceptiemiddelen (‘Over welk contraceptiemiddel heeft u reeds gehoord?’) in functie van pariteit.



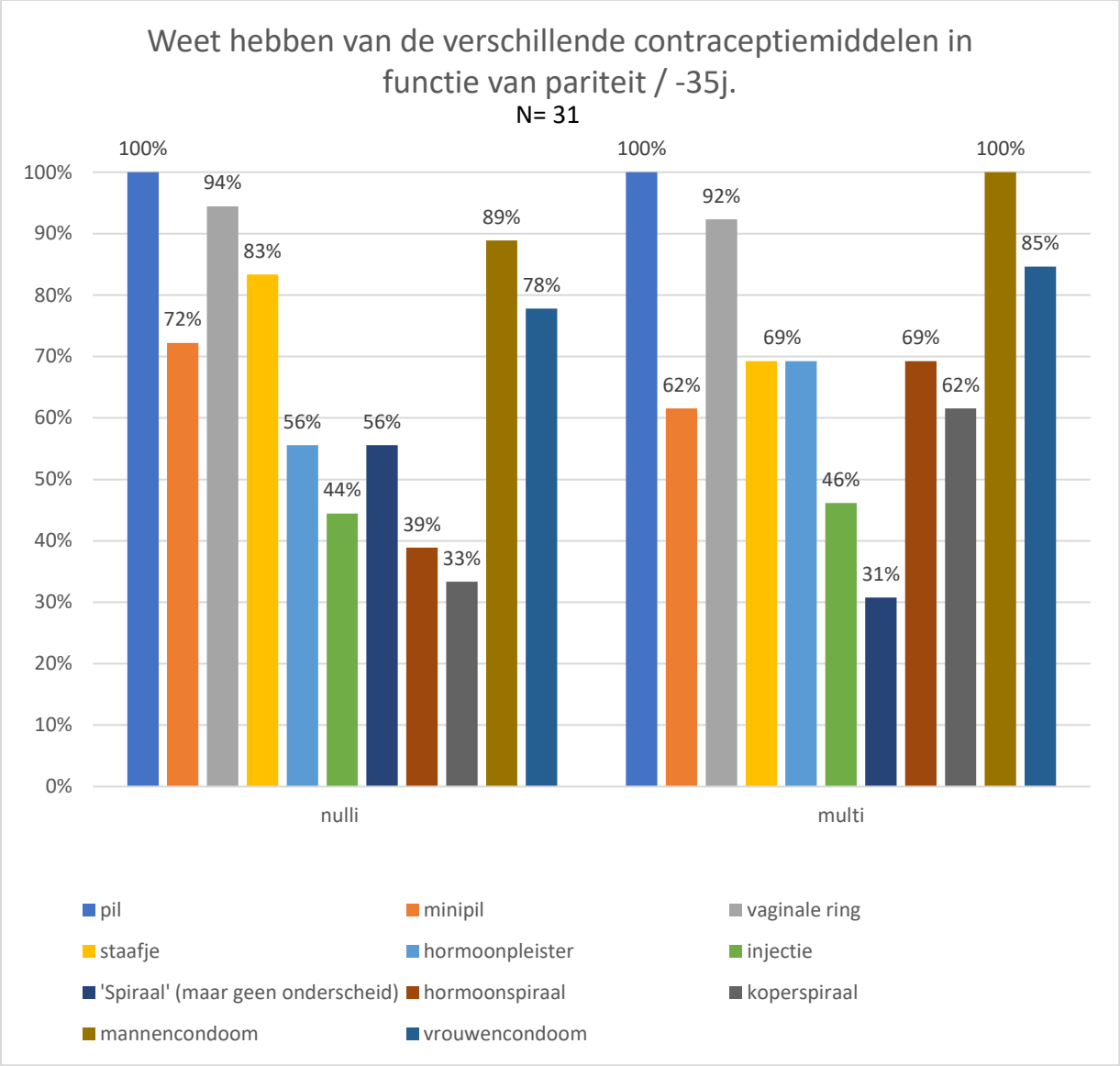
	#	pil	minipil	vaginale ring	staafje	Hormoon-pleister	injectie	'Spiraal' (geen onderscheid)	Hormoon-spiraal	Koper-spiraal	Mannen-condoom	Vrouwen-condoom
Nullipara	22	22	16	20	16	12	9	12	9	7	19	17
Multipara	33	32	19	23	17	17	14	10	21	13	30	22
Totaal	55	54	35	43	33	29	23	22	30	20	49	39

Bis. Gekende contraceptiemiddelen in functie van pariteit / + 35j.



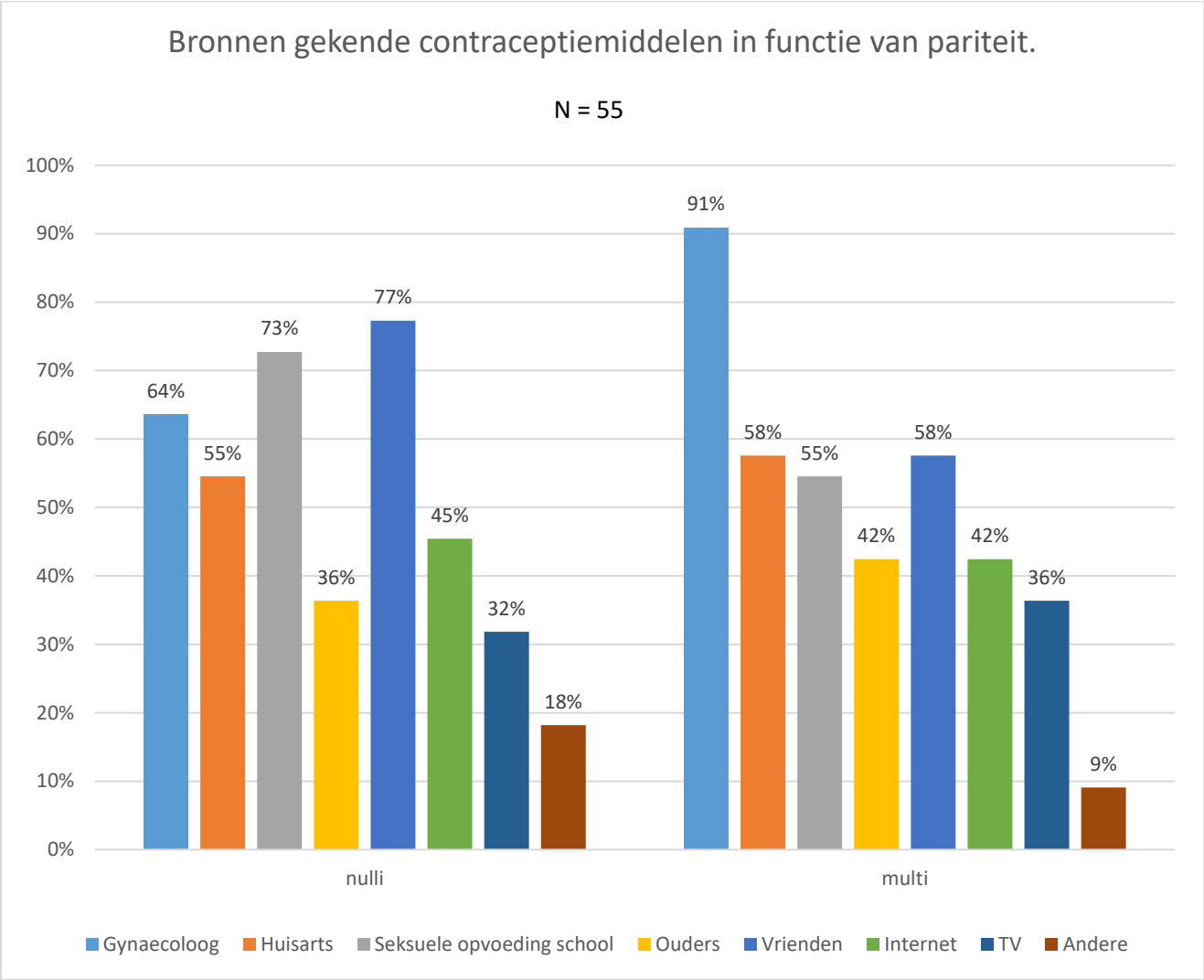
	#	pil	minipil	vaginale ring	staafje	Hormoon-pleister	injectie	'Spiraal' (maar geen	Hormoon-spiraal	koperspiraal	Mannenc-ondoom	Vrouwen-condoom
Nullipara	4	4	3	3	1	2	1	2	2	1	3	3
Multipara	20	19	11	11	8	8	8	6	12	5	17	11
Totaal	24	23	14	14	9	10	9	8	30	6	20	14

Bis. Gekende contraceptiemiddelen in functie van pariteit / - 35j.



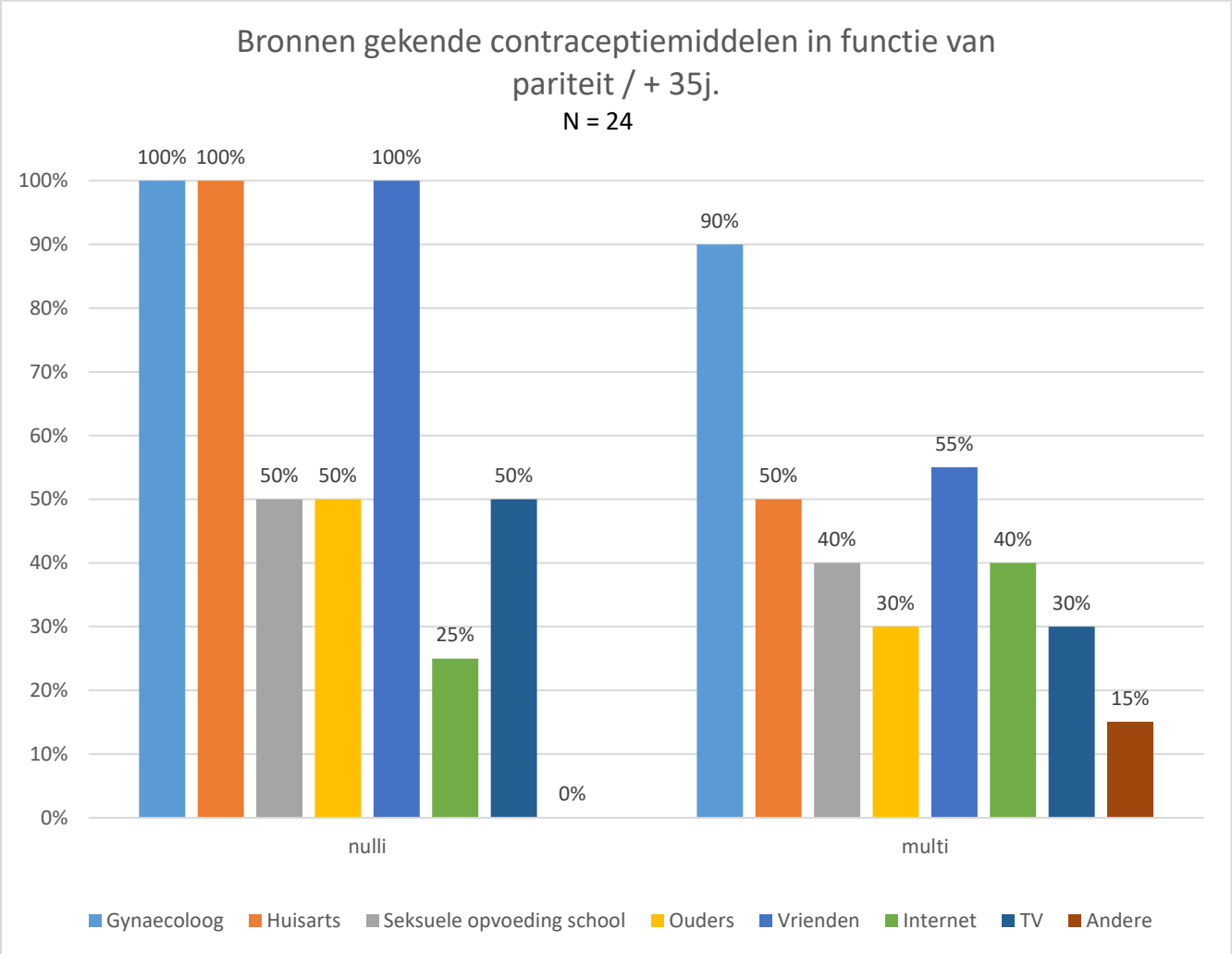
	#	pil	minipil	vaginale ring	staafje	Hormoon-pleister	injectie	'Spiraal' (maar geen	Hormoon-spiraal	koperspiraal	Mannenc-ondoom	Vrouwen-condoom
Nullipara	18	18	13	17	15	10	8	10	7	6	16	14
Multipara	13	13	8	12	9	9	6	4	9	8	13	11
Totaal	31	31	21	29	24	19	14	14	16	14	29	25

2.3. Bronnen betreffende de gekende contraceptiemiddelen in functie van pariteit.



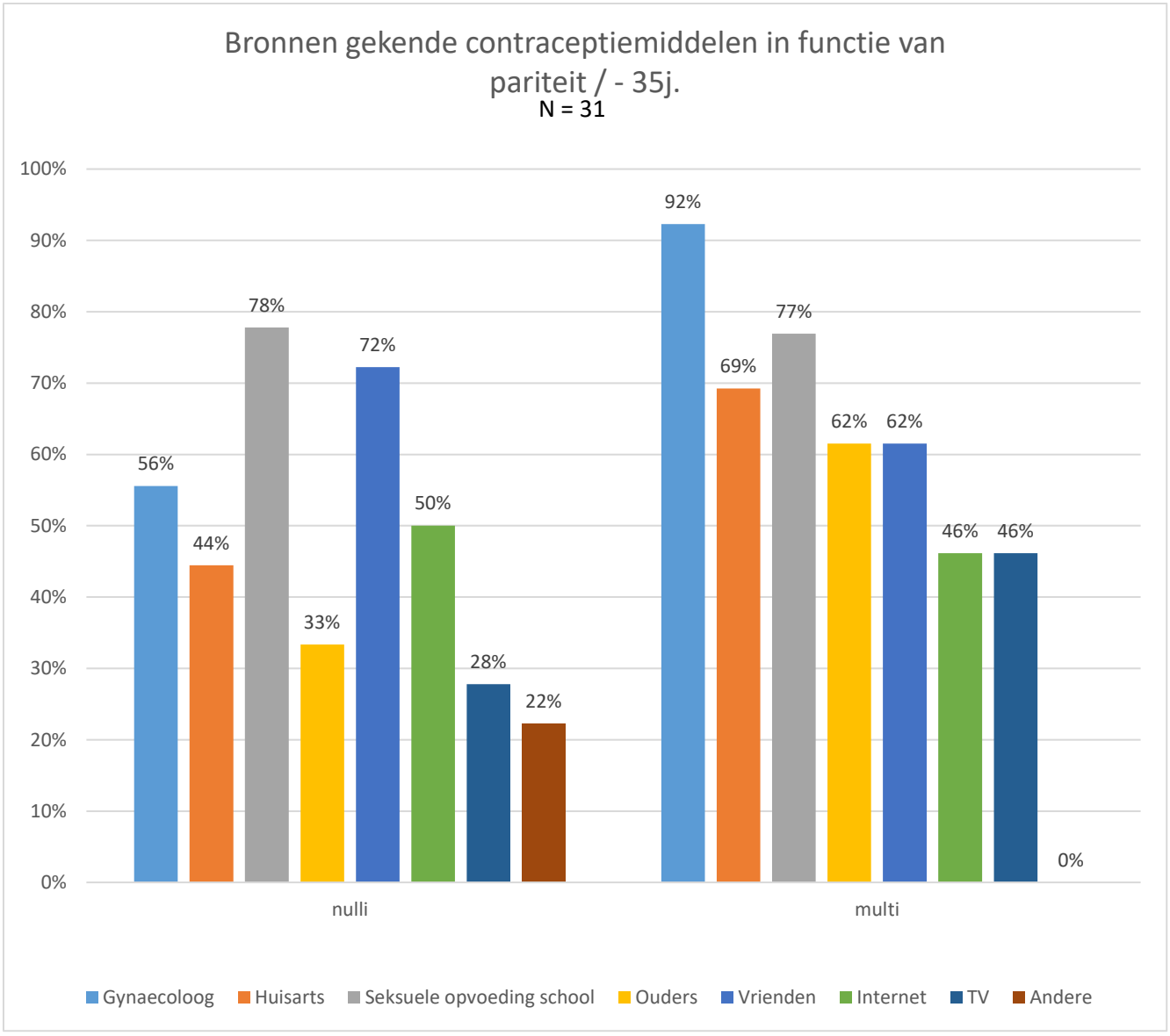
	#	Gynaecoloog	Huisarts	Seksuele opvoeding school	Ouders	Vrienden	Internet	TV	Andere
Nullipara	22	14	12	16	8	17	10	7	4
Multipara	33	30	19	18	14	19	14	12	3
Totaal	55	44	31	34	22	36	24	19	7

Bis. Bronnen betreffende de gekende contraceptiemiddelen in functie van pariteit / + 35j.



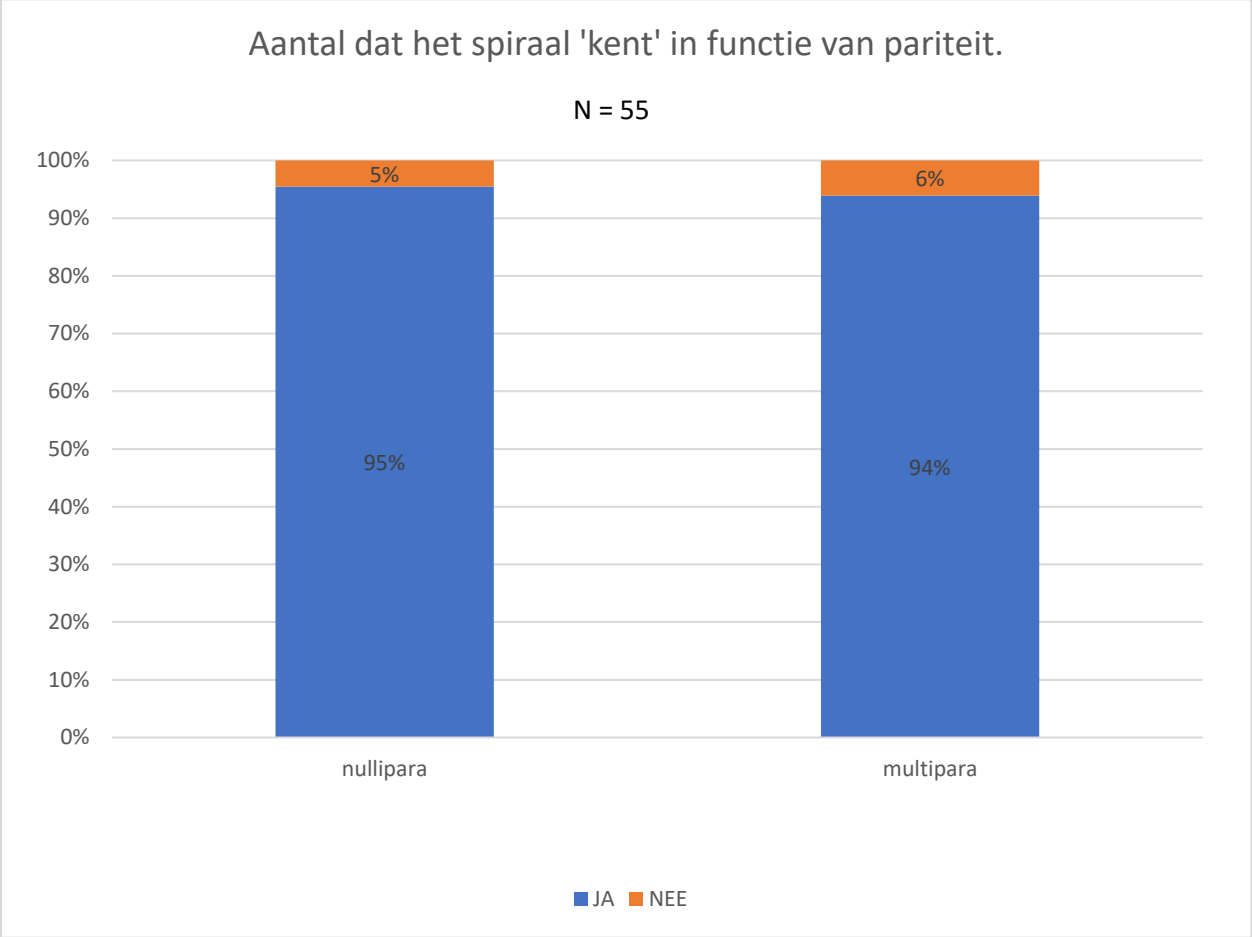
	#	Gynaecoloog	Huisarts	Seksuele opvoeding school	Ouders	Vrienden	Internet	TV	Andere
Nullipara	4	4	4	2	2	4	1	2	0
Multipara	20	18	10	8	6	11	8	6	3
Totaal	24	22	14	10	8	15	9	8	3

Bis. Bronnen betreffende de gekende contraceptiemiddelen in functie van pariteit / –35j.



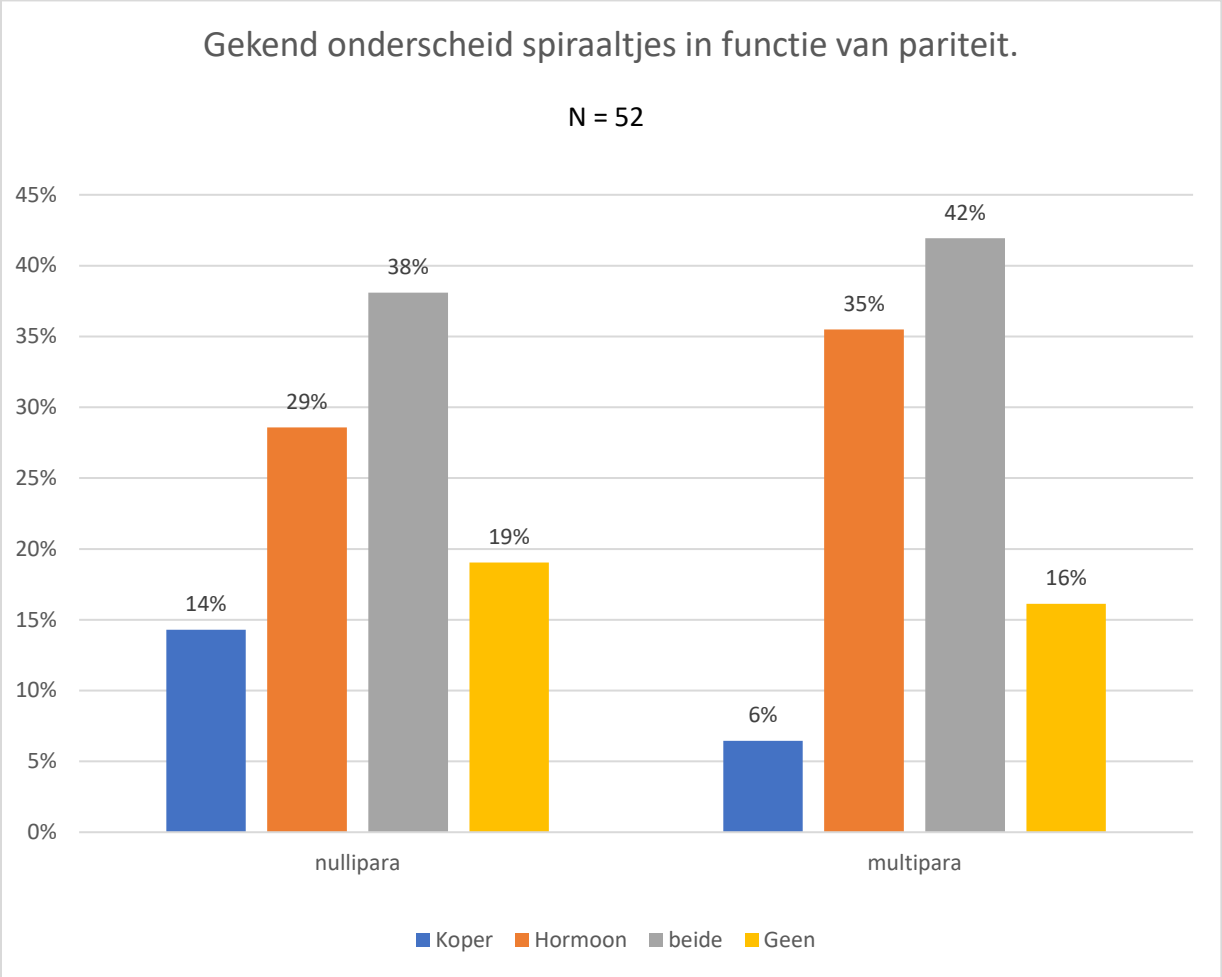
	#	Gynaecoloog	Huisarts	Seksuele opvoeding school	Ouders	Vrienden	Internet	TV	Andere
Nullipara	18	10	8	14	6	13	9	5	4
Multipara	13	12	9	10	8	8	6	6	0
Totaal	31	22	17	24	14	21	15	11	4

2.4. Aantal deelneemsters die het spiraaltje ‘kennen’ in functie van pariteit.



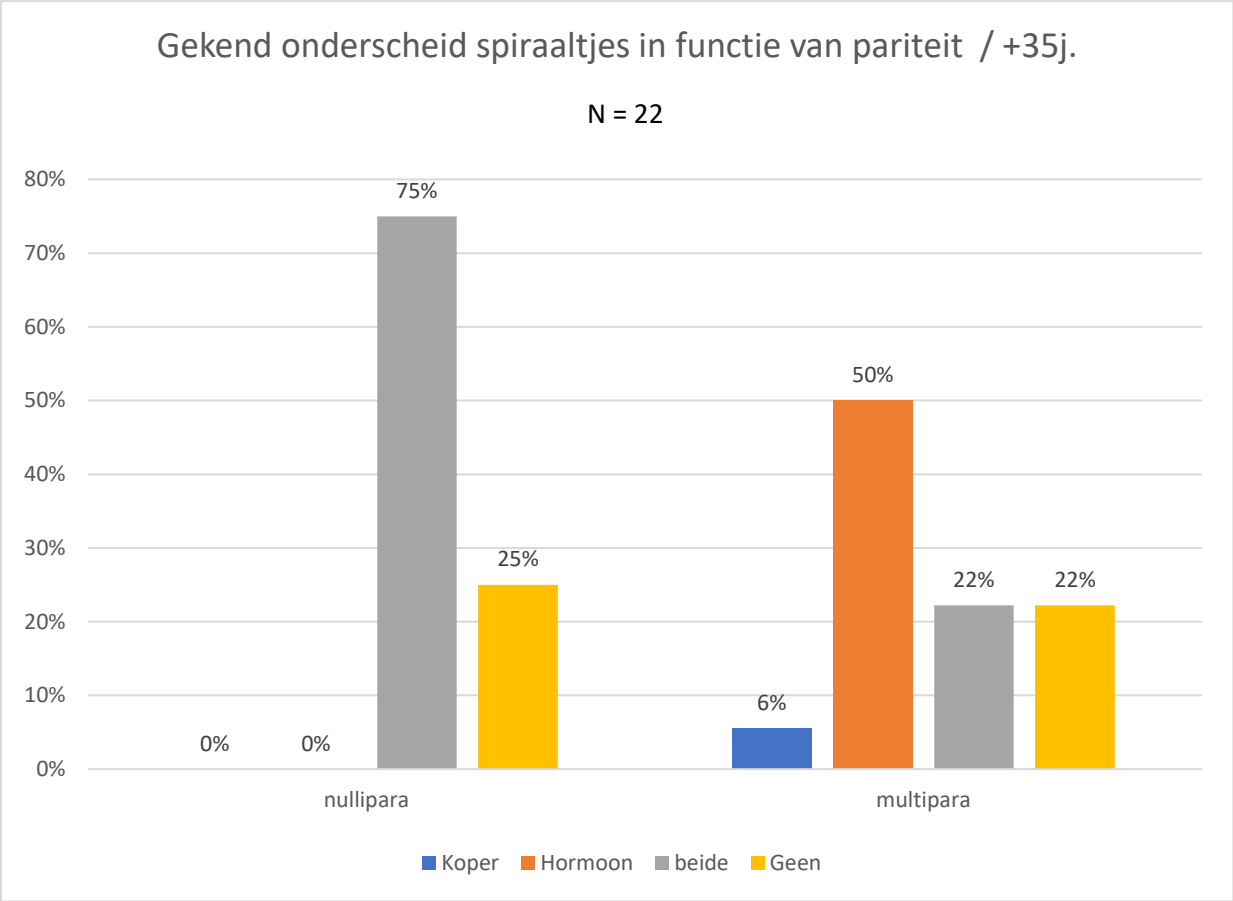
	N	JA	NEE
Nullipara	22	21	1
Multipara	33	31	2
Totaal	55	52	3

2.5. Onderscheid spiraaltjes gekend in functie van de pariteit.



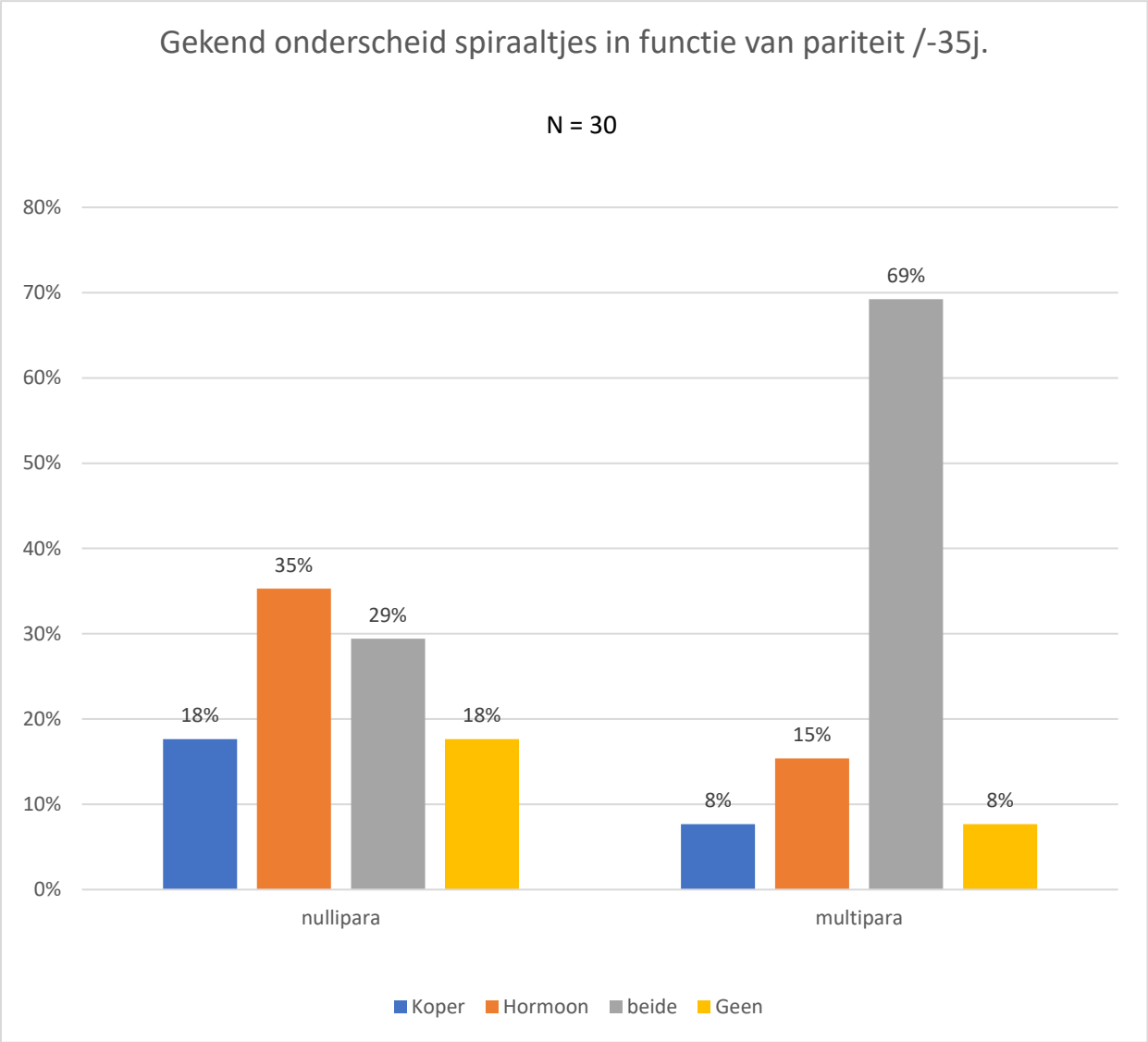
	N	Koper	Hormoon	Beide	Geen
Nullipara	21	3	6	8	4
Multipara	31	2	11	13	5
Totaal	52	5	17	21	9

Bis. Onderscheid spiraaltjes gekend in functie van de pariteit / + 35j.



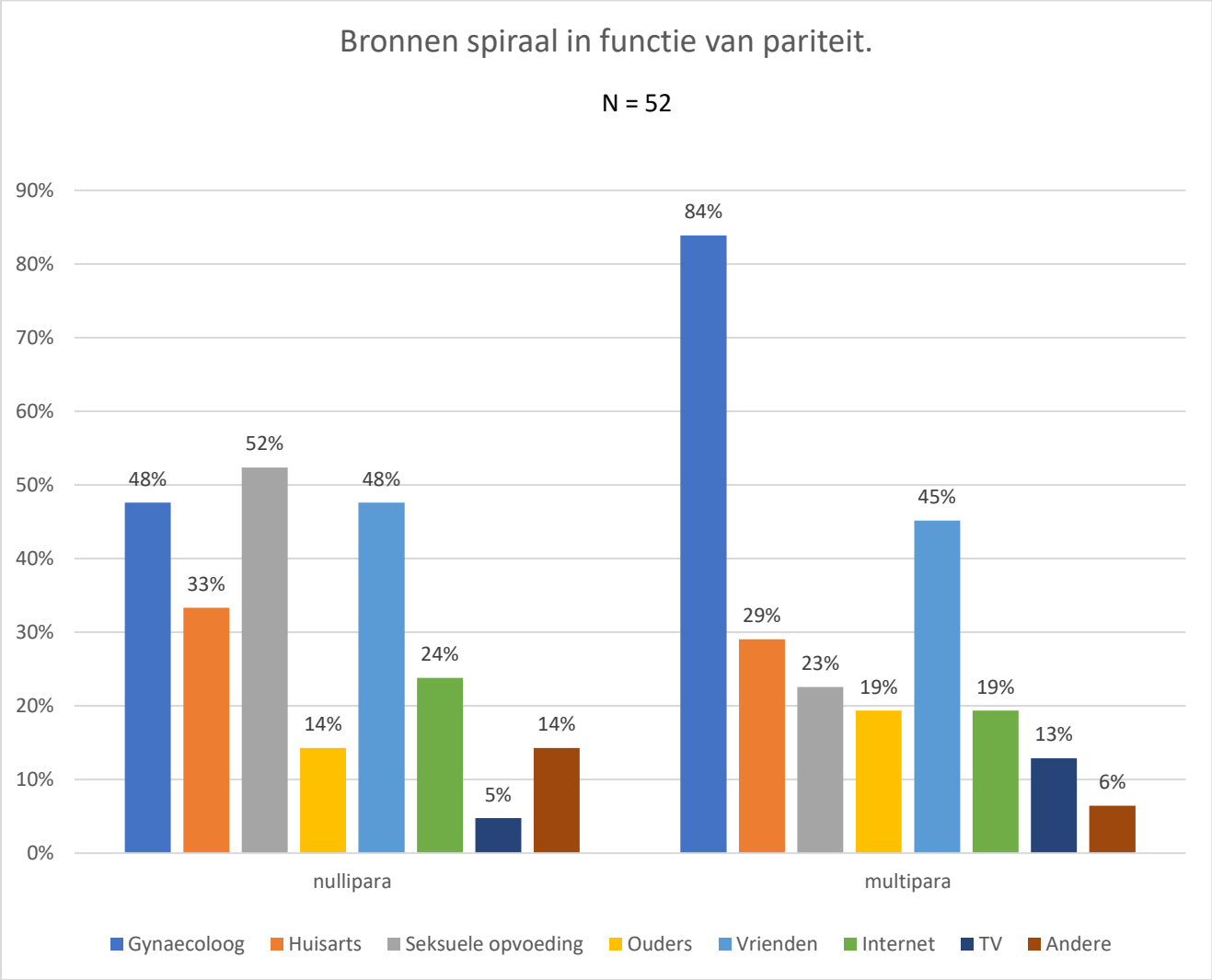
	N	Koper	Hormoon	Beide	Geen
Nullipara	4	0	0	3	1
Multipara	18	1	9	4	4
Totaal	22	1	9	7	5

Bis. Onderscheid spiraaltjes gekend in functie van de pariteit / – 35j.



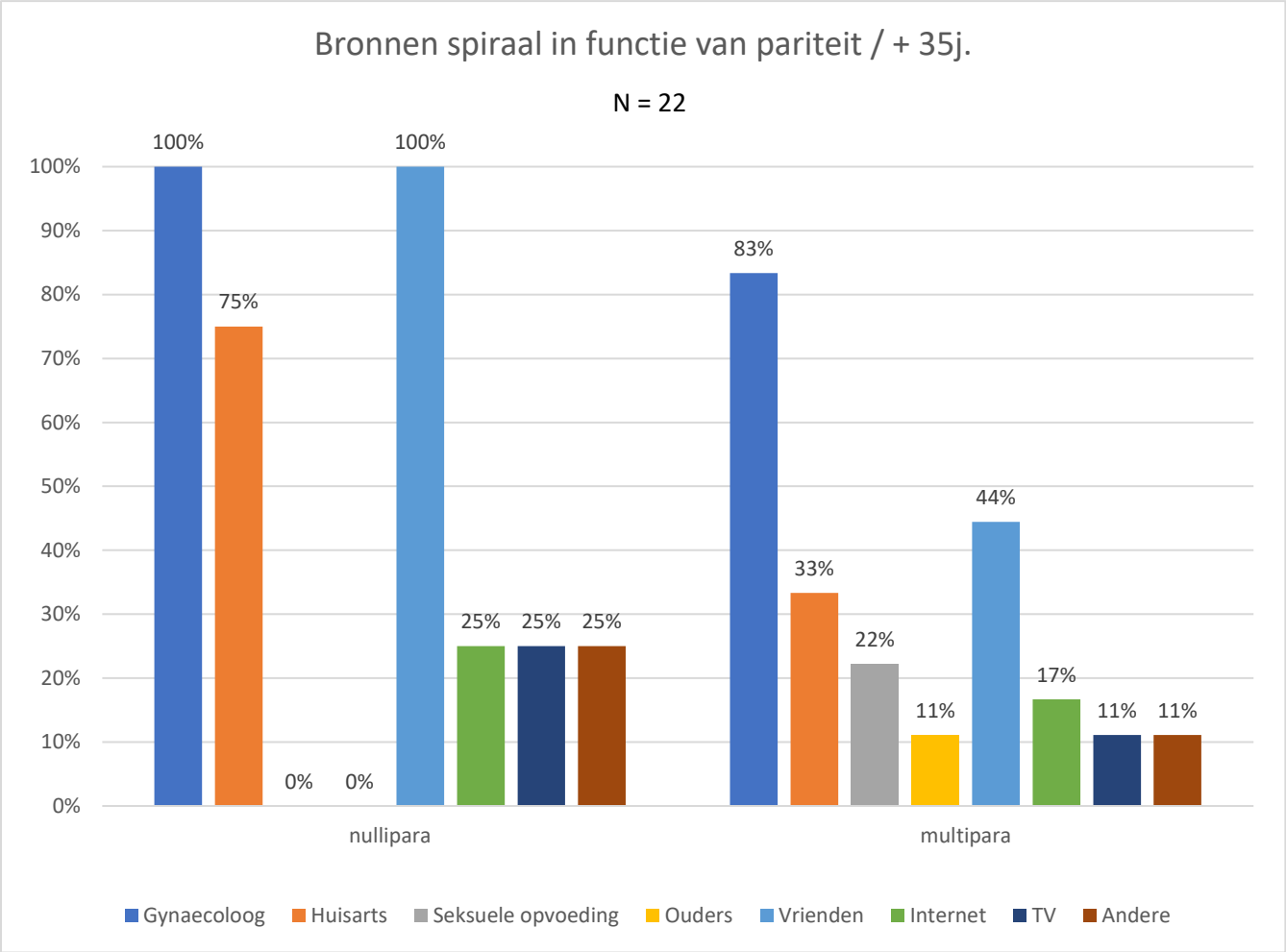
	N	Koper	Hormoon	Beide	Geen
Nullipara	17	3	6	5	3
Multipara	13	1	2	9	1
Totaal	30	4	8	14	4

2.6. Bronnen aangaande spiraaltjes in functie van pariteit.



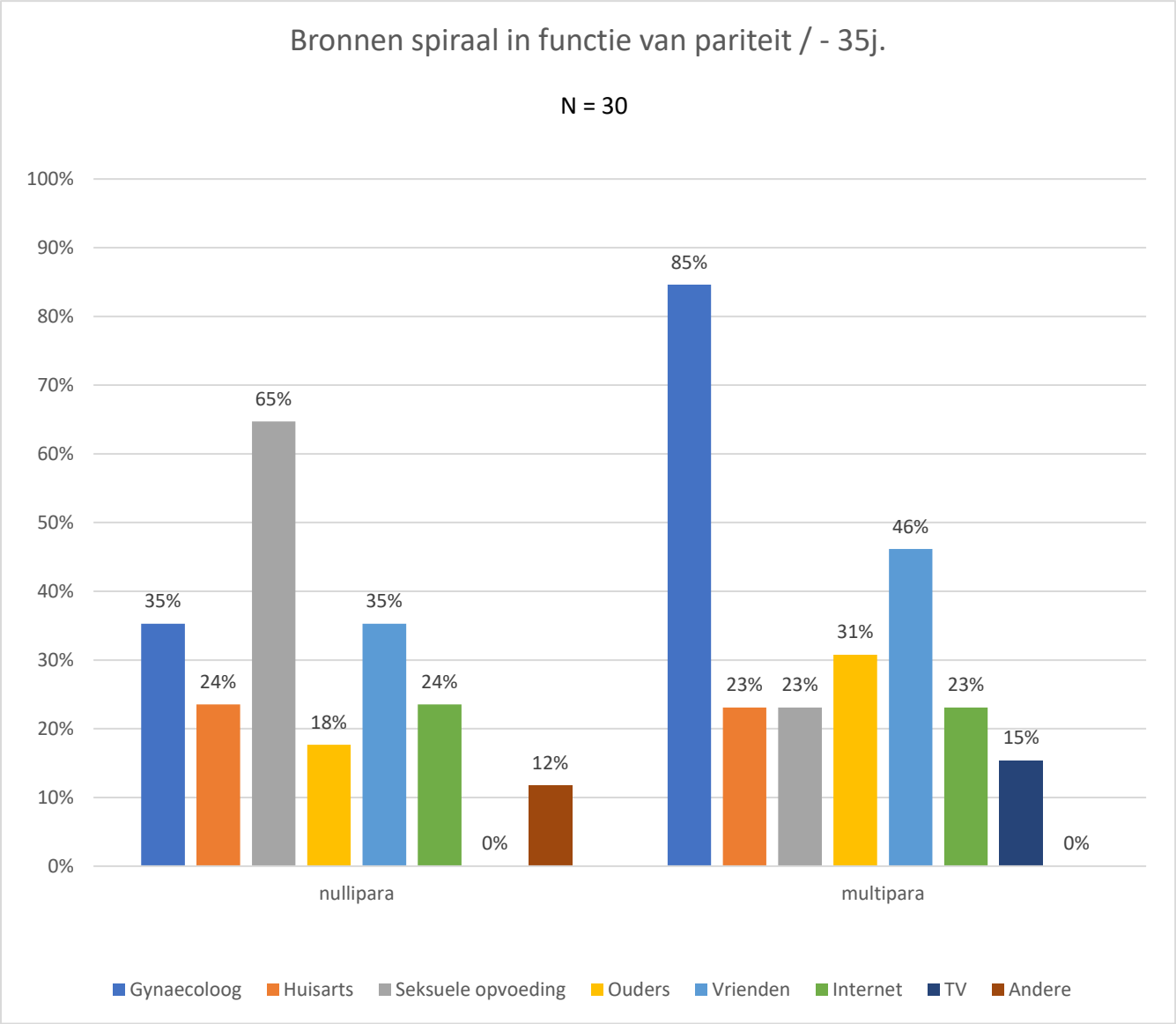
	N	Gynaecoloog	Huisarts	Seksuele opvoeding	Ouders	Vrienden	Internet	TV	Andere
Nullipara	21	10	7	11	3	10	5	1	3
Multipara	31	26	9	7	6	14	6	4	2
Totaal	52	36	16	18	9	24	11	5	5

Bis. Bronnen aangaande spiraaltjes in functie van pariteit / + 35j.



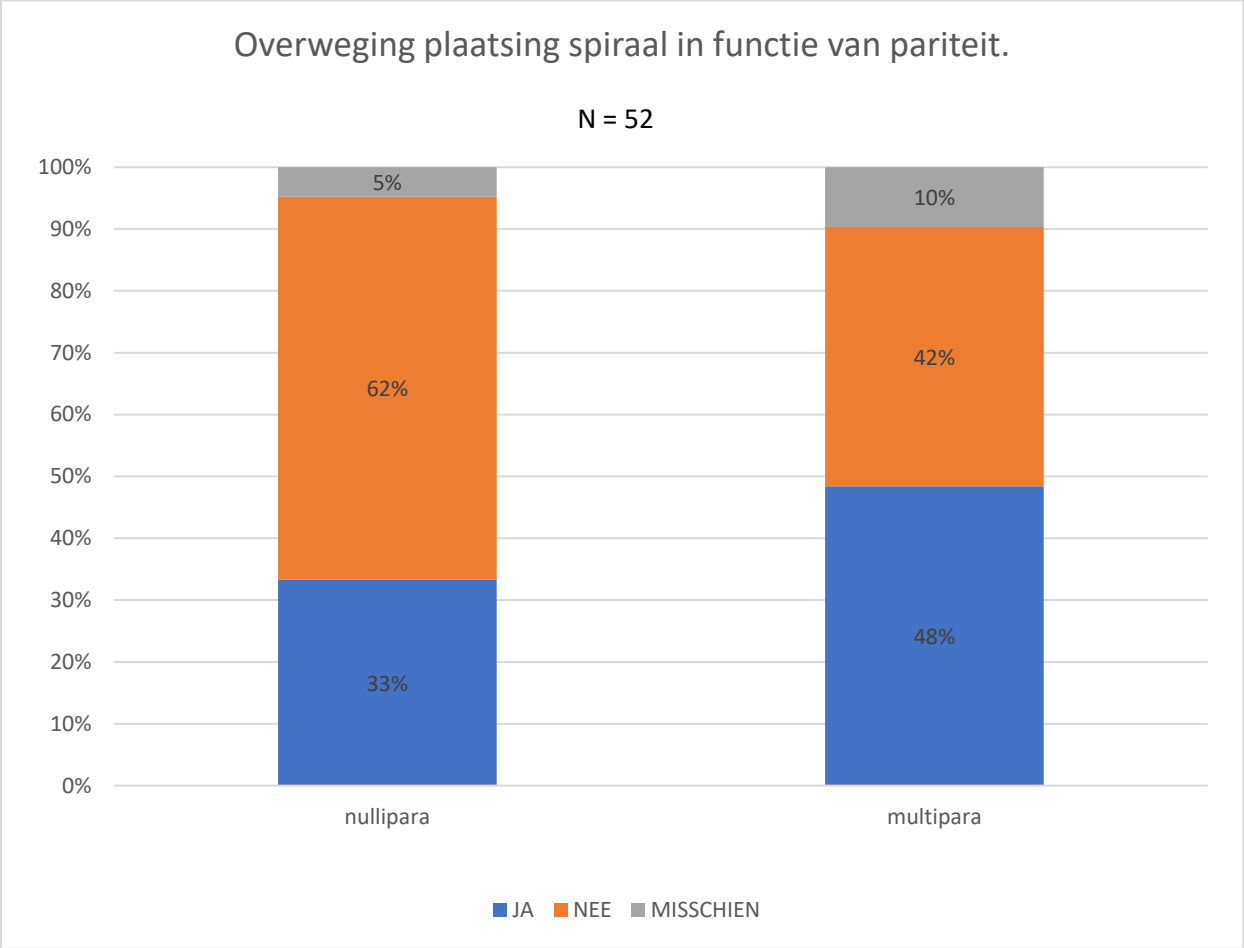
	N	Gynaecoloog	Huisarts	Seksuele opvoeding	Ouders	Vrienden	Internet	TV	Andere
Nullipara	4	4	3	0	0	4	1	1	1
Multipara	18	15	6	4	2	8	3	2	2
Totaal	22	19	9	4	2	12	4	3	3

Bis. Bronnen aangaande spiraaltjes in functie van pariteit / + 35j.



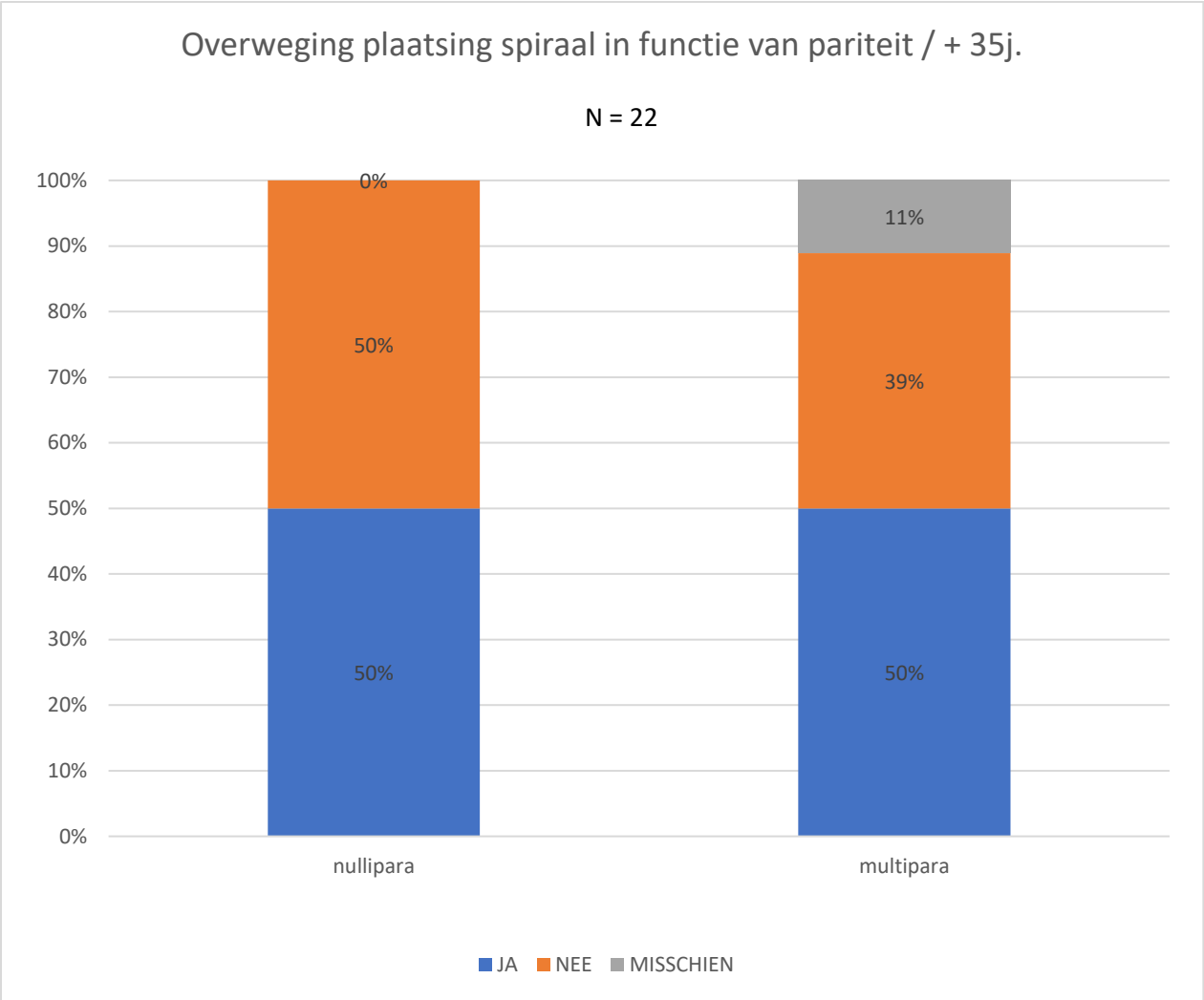
	N	Gynaecoloog	Huisarts	Seksuele opvoeding	Ouders	Vrienden	Internet	TV	Andere
Nullipara	17	6	4	11	3	6	4	0	2
Multipara	13	11	3	3	4	6	3	2	0
Totaal	30	17	7	14	7	12	7	2	2

2.7. Overweging laten plaatsen van een spiraaltje in functie van pariteit.



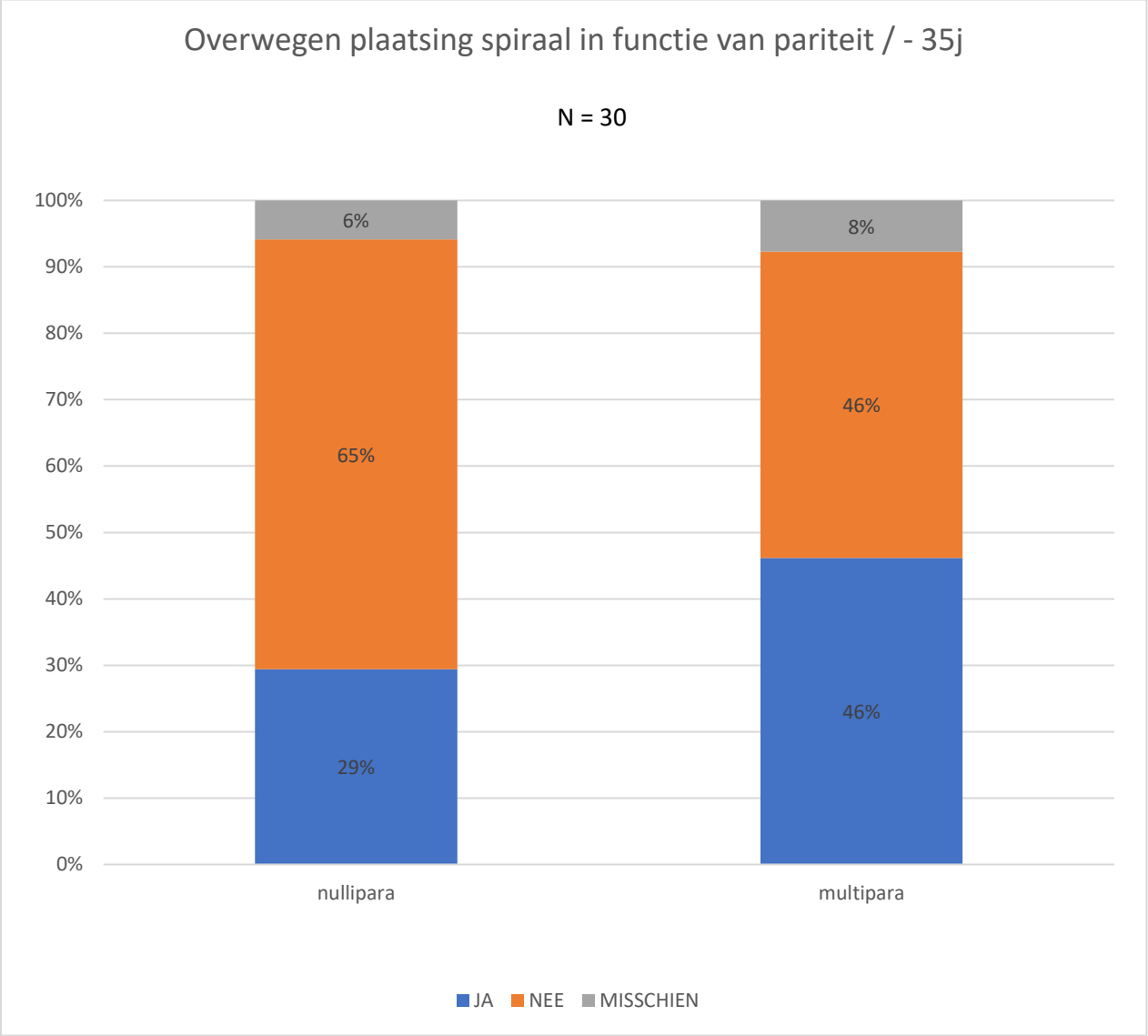
	N	JA	NEE	MISSCHIEN
Nullipara	21	7	13	1
Multipara	31	15	13	3
Totaal	52	22	26	4

Bis. Overweging laten plaatsen van een spiraal in functie van pariteit / + 35j.



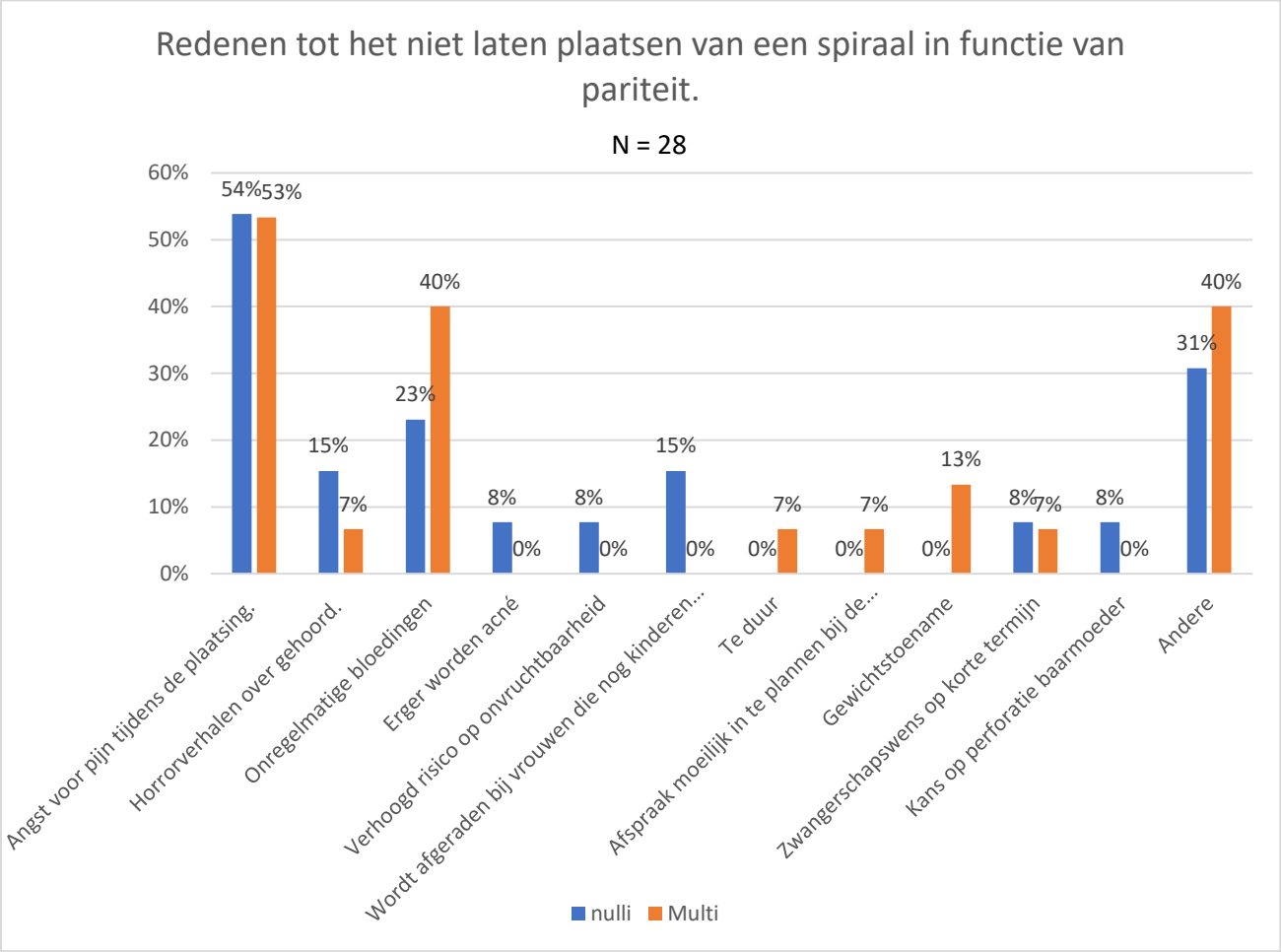
	N	JA	NEE	MISSCHIEN
Nullipara	4	2	2	0
Multipara	18	9	7	2
Totaal	22	11	9	2

Bis. Overweging laten plaatsen van een spiraal in functie van pariteit / - 35j.



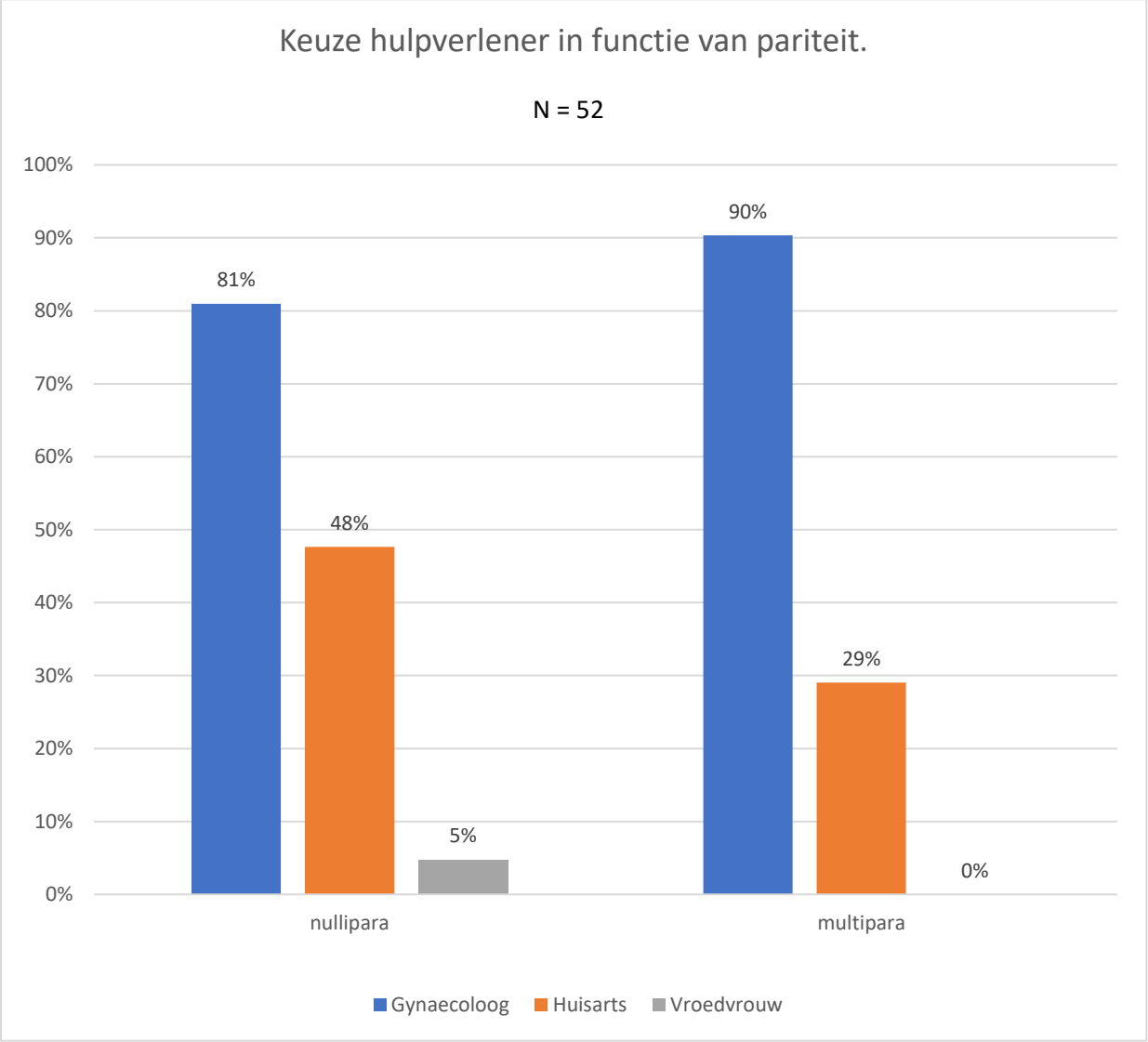
	N	JA	NEE	MISSCHIEN
Nullipara	17	5	11	1
Multipara	13	6	6	1
Totaal	30	11	17	2

2.8. Redenen tot het niet laten plaatsen in functie van pariteit.



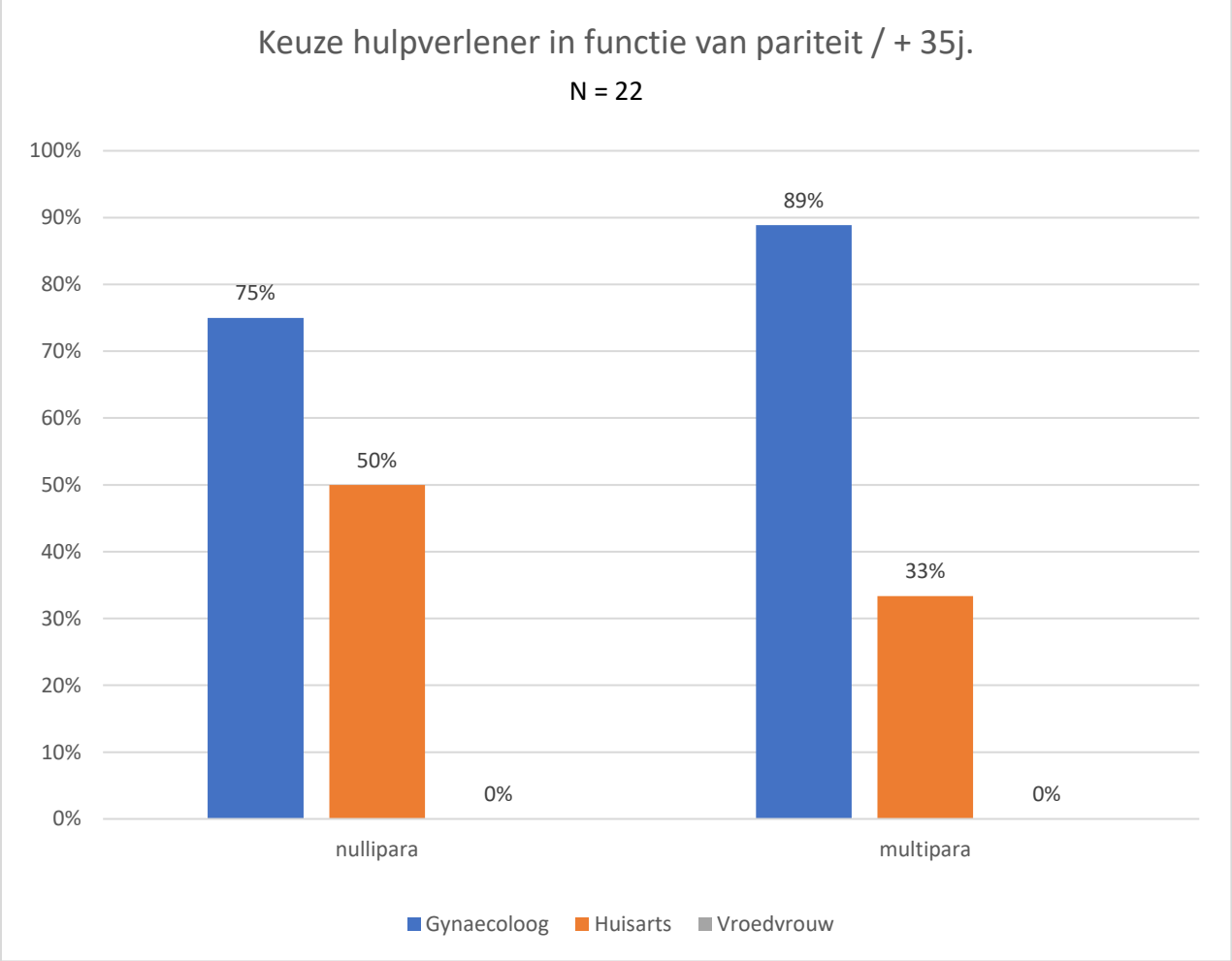
	N	Angst voor pijn tijdens de plaatsing.	Horrorverhalen over gehoord.	Onregelmatige bloedingen	Erger worden acné	Verhoogd risico op onvruchtbaarheid	Wordt afgeraden bij vrouwen die nog kinderen gekregen hebben.	Te duur	Afspraak moeilijk in te plannen bij de gynaecoloog, aangezien het tijdens menstruatie moet geplaatst worden.	Gewichtstoename	Zwangerschapswens op korte termijn	Kans op perforatie baarmoeder	Andere
Nullipara	13	7	2	3	1	1	2	0	0	0	1	1	4
Multipara	15	8	1	6	0	0	0	1	1	2	1	0	6
Totaal	28	15	3	9	1	1	2	1	1	2	2	1	10

2.9. Keuze hulpverlener plaatsing spiraal in functie van pariteit.



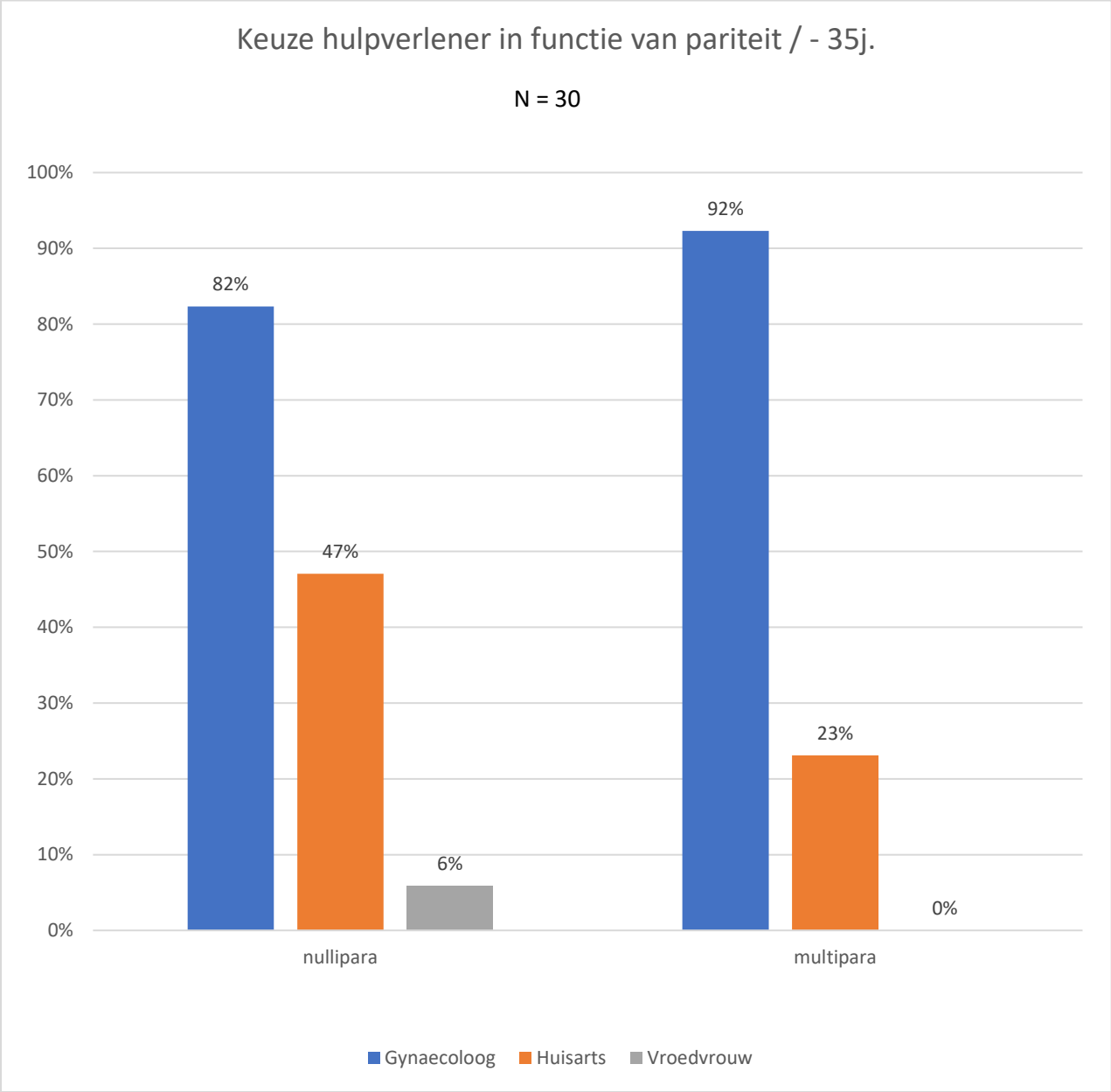
	N	Gynaecoloog	Huisarts	Vroedvrouw
Nullipara	21	17	10	1
Multipara	31	28	9	0
Totaal	52	45	19	1

Bis. Keuze hulpverlener plaatsing spiraal in functie van de pariteit / + 35j.



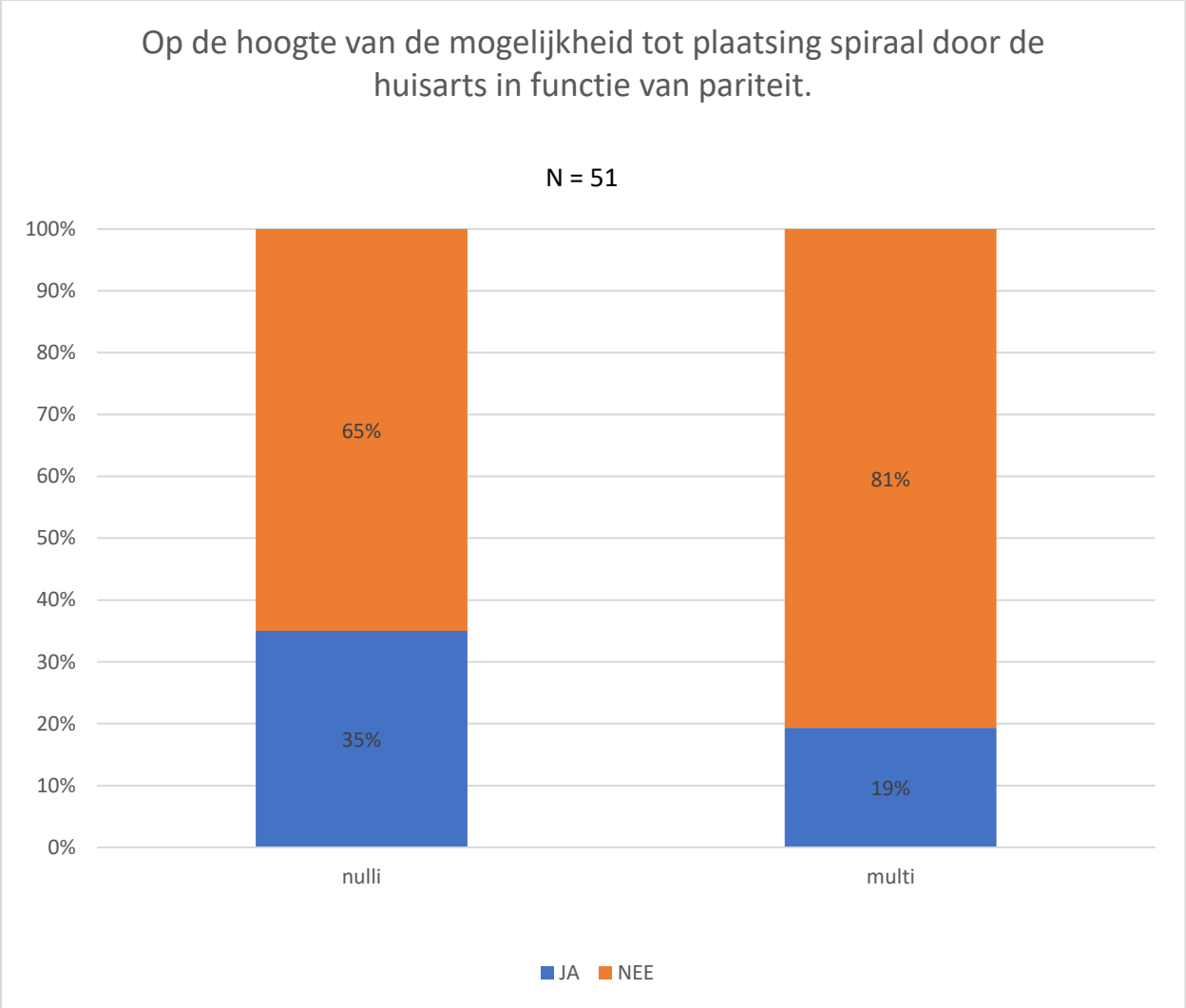
		Gynaecoloog	Huisarts	Vroedvrouw
Nullipara	4	3	2	0
Multipara	18	16	6	0
Totaal	22	19	8	0

Bis. Keuze hulpverlener plaatsing spiraal in functie van de pariteit / - 35j.



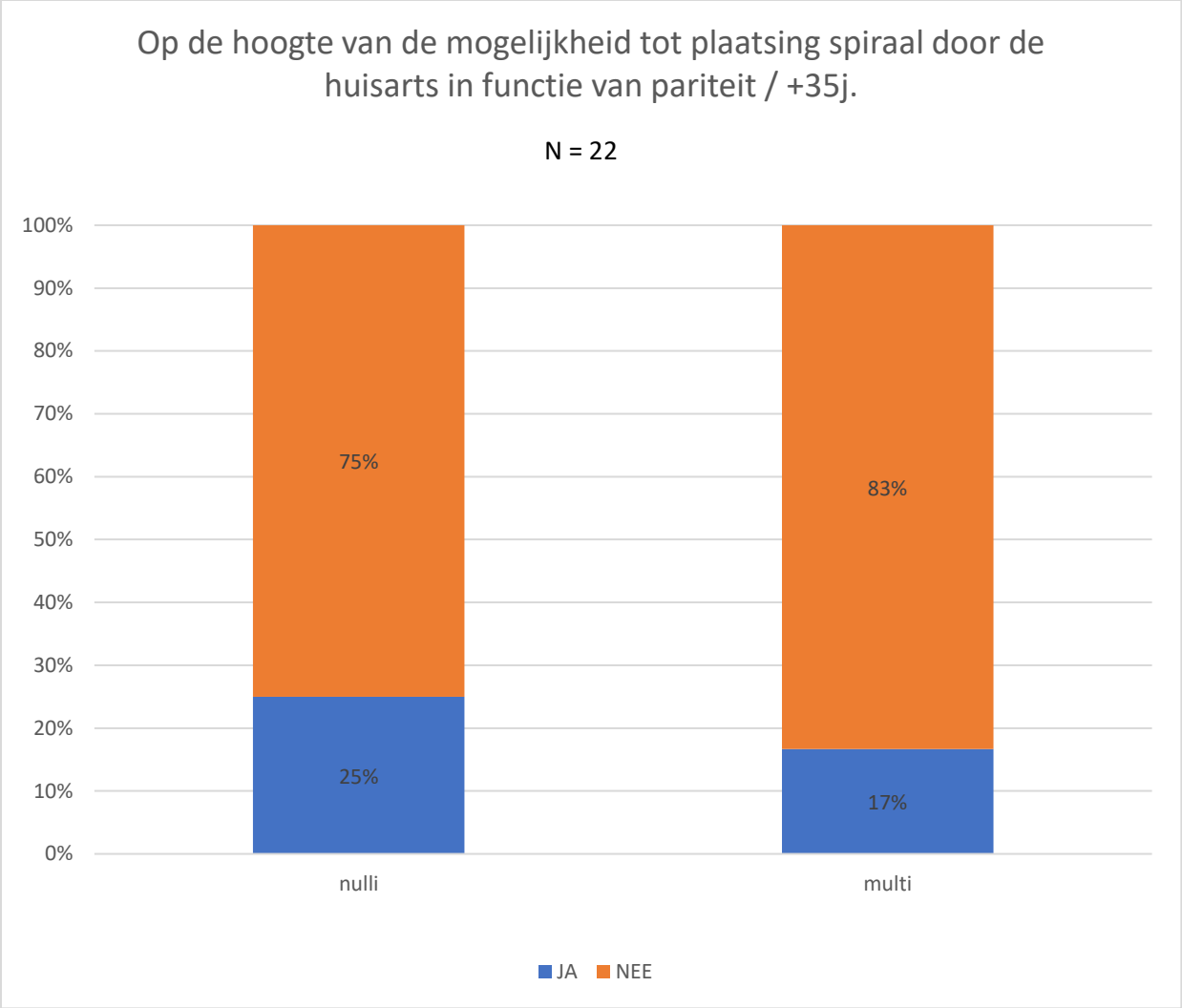
		Gynaecoloog	Huisarts	Vroedvrouw
Nullipara	17	14	8	1
Multipara	13	12	3	0
Totaal	30	26	11	1

2.10 Op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot het laten plaatsen van een spiraal door de huisarts in functie van de pariteit.



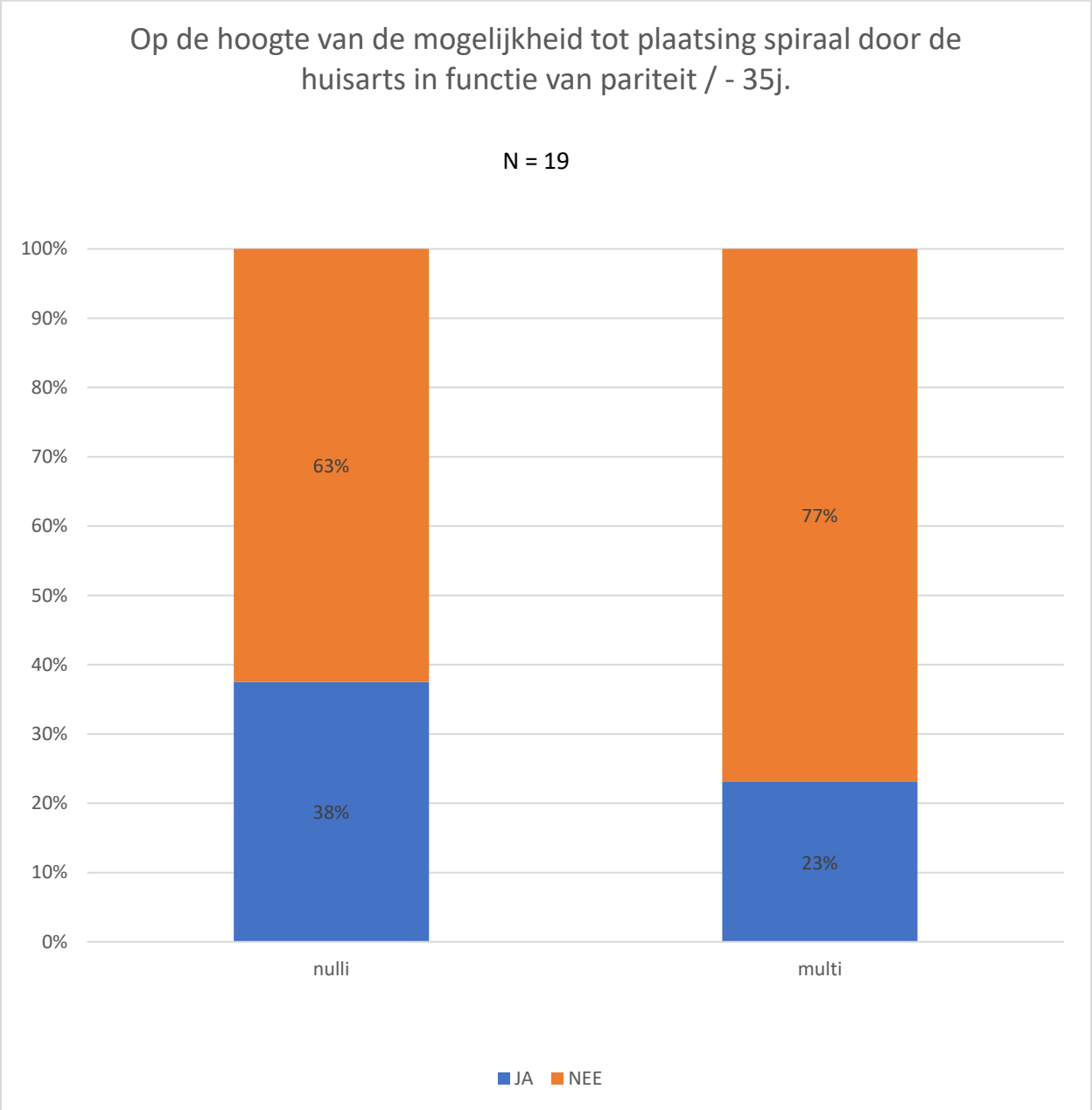
	N	JA	NEE
Nullipara	20	7	13
Multipara	31	6	25
Totaal	51	13	38

Bis. Op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot het laten plaatsen van een spiraal door de huisarts in functie van de pariteit / + 35j.



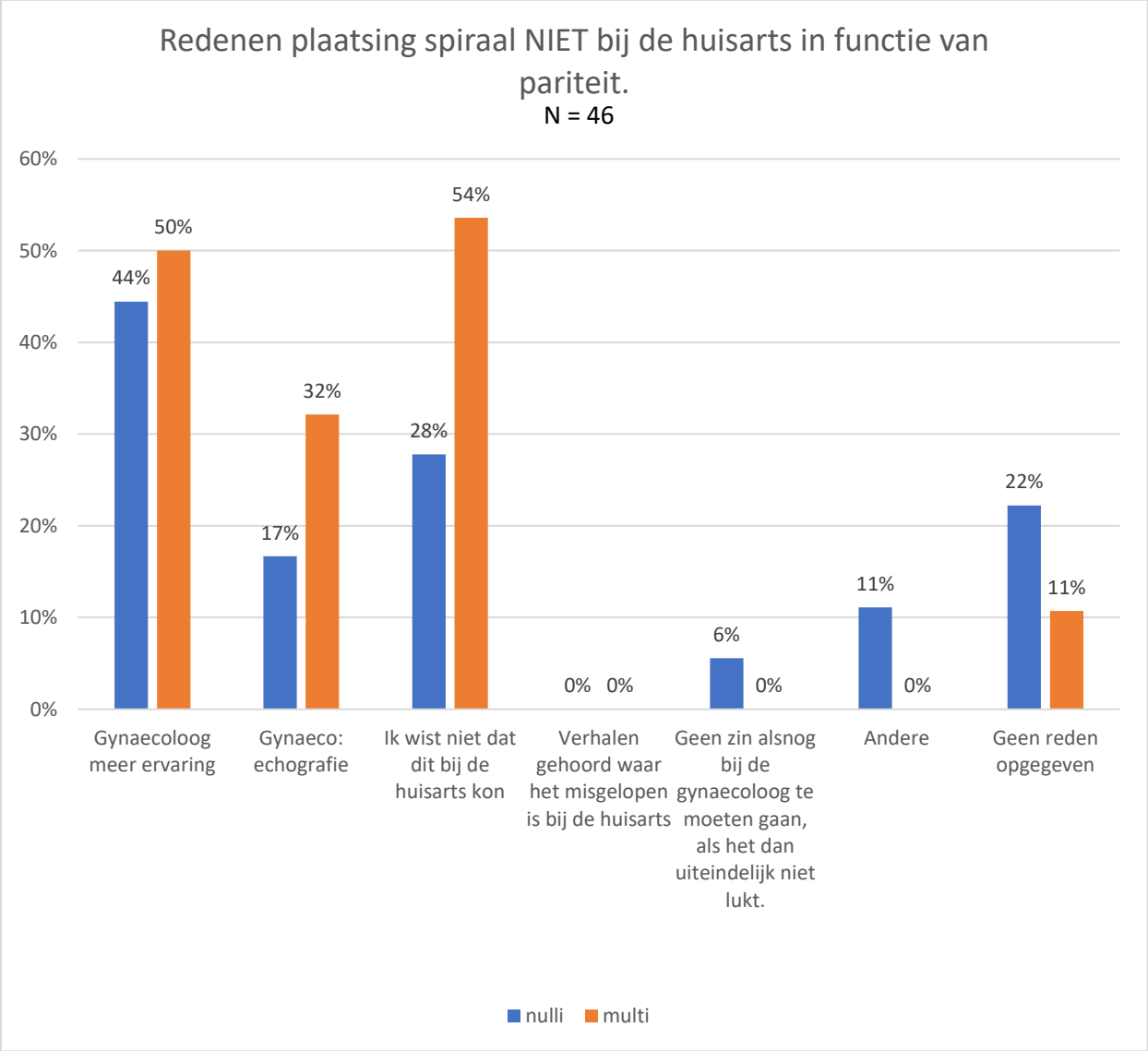
	N	JA	NEE
Nullipara	4	1	3
Multipara	18	3	15
Totaal	22	4	18

Bis. Op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot het laten plaatsen van een spiraal door de huisarts in functie van de pariteit / + 35j.



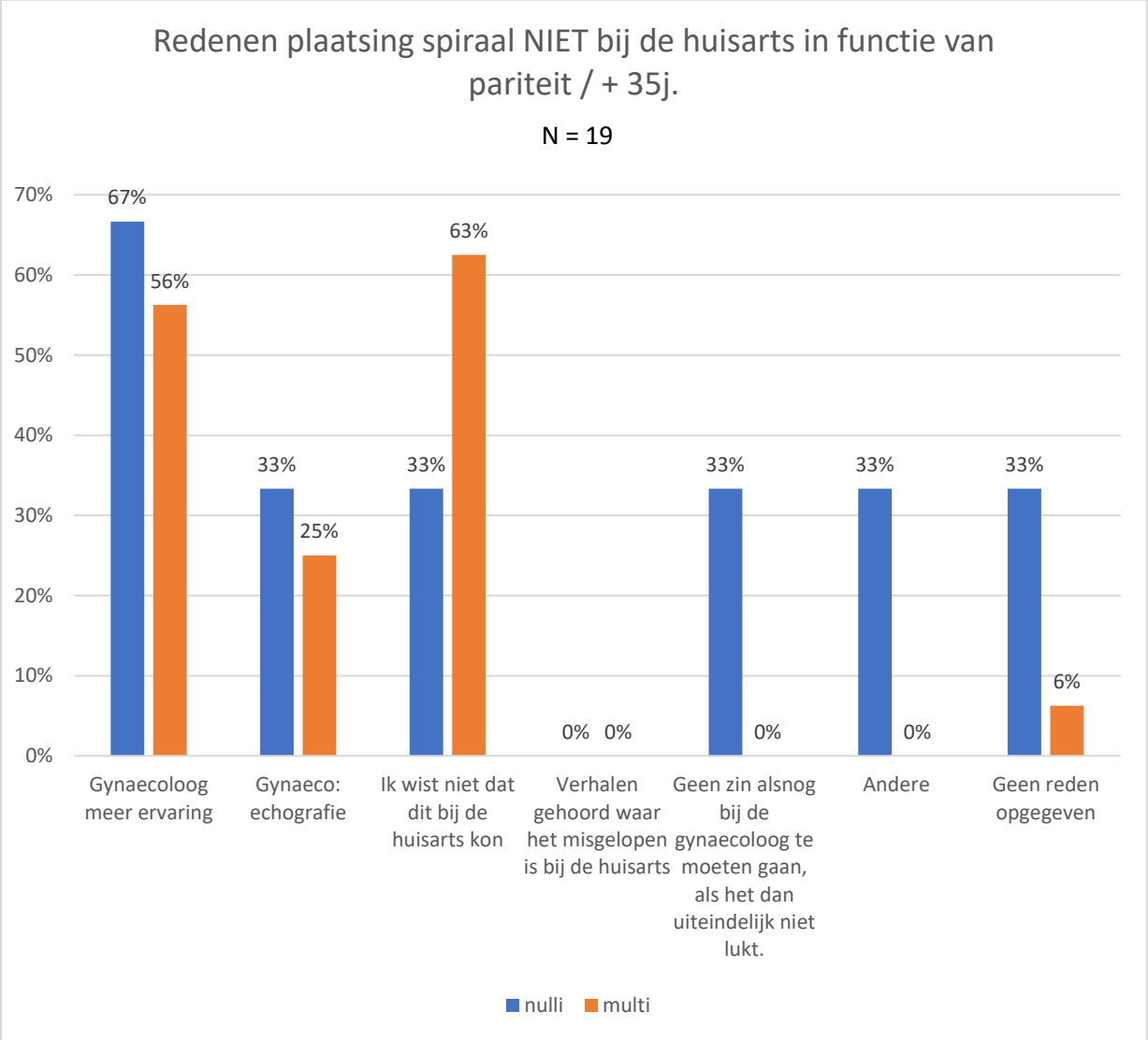
	N	JA	NEE
Nullipara	16	6	10
Multipara	13	3	10
Totaal	19	9	20

2.11. Redenen tot niet laten plaatsen van het spiraal bij de huisarts in functie van pariteit.



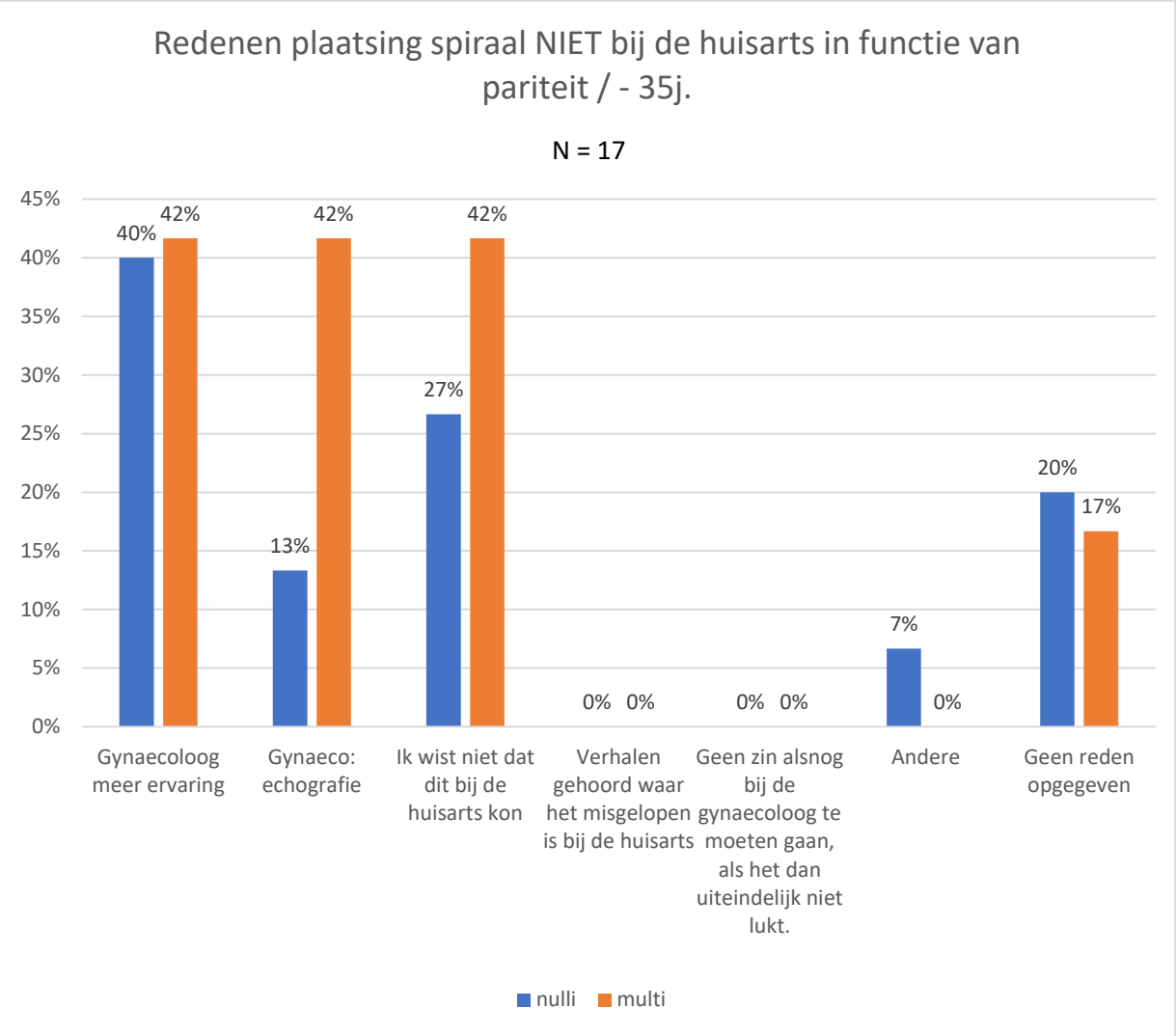
	N	Gynaecoloog heeft meer ervaring.	Echografie bij de gynaecoloog	Ik wist niet dat dit bij de huisarts kon.	Verhalen gehoord waar het misgelopen is bij de huisarts.	Geen zin alsnog bij de gynaecoloog te moeten gaan, als het dan uiteindelijk niet lukt.	Andere	Geen reden opgegeven
Nullipara	18	8	3	5	0	1	2	4
Multipara	28	14	9	15	0	0	0	3
Totaal	46	22	12	20	0	1	2	7

Bis. Redenen het spiraaltje niet te laten plaatsen bij de huisarts in functie van pariteit / + 35j.



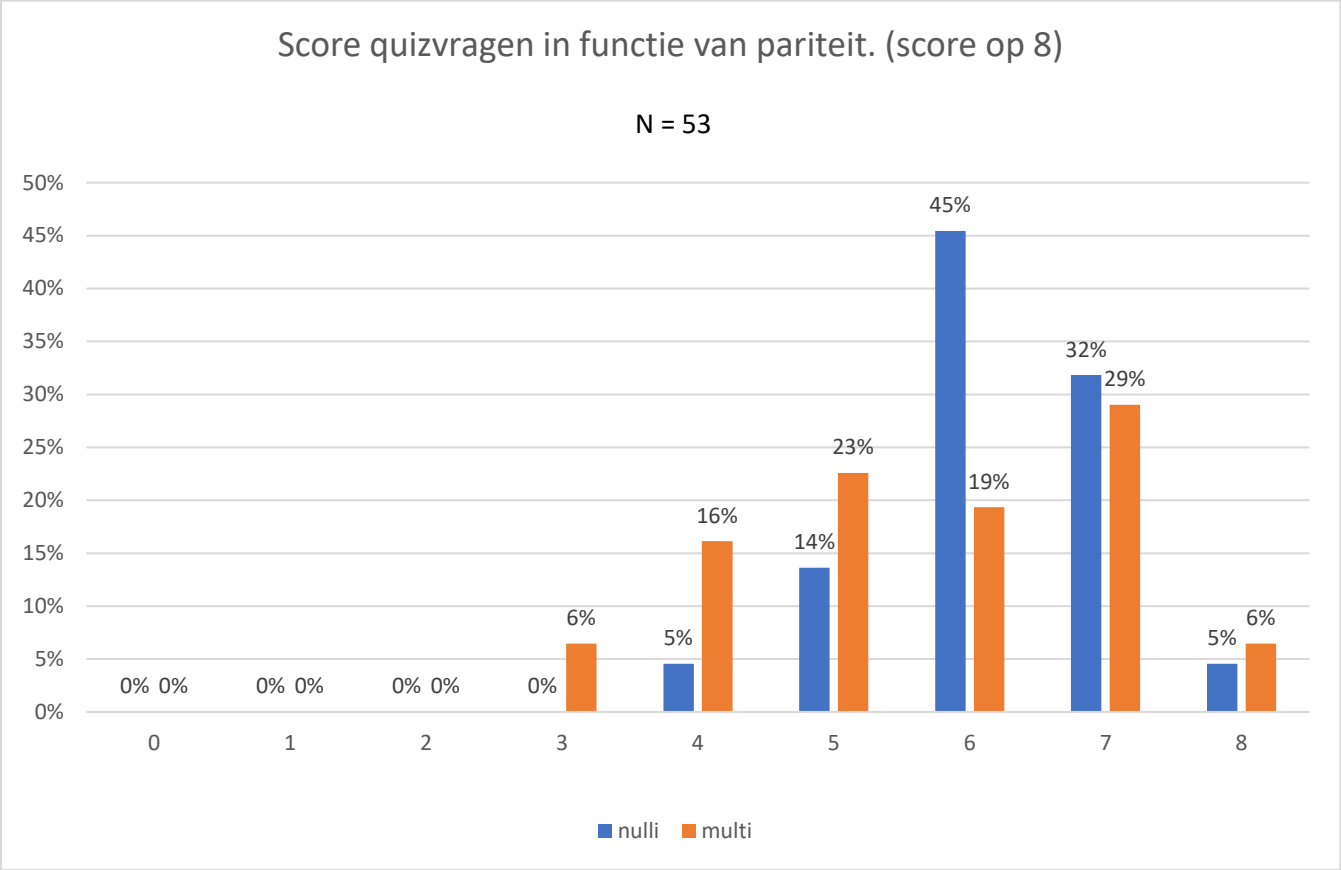
	N	Gynaecoloog heeft meer ervaring	Echografie bij de gynaecoloog	Ik wist niet dat dit bij de huisarts kon.	Verhalen gehoord waar het misgelopen is bij de huisarts.	Geen zin alsnog bij de gynaecoloog te moeten gaan, als het dan uiteindelijk niet lukt.	Andere	Geen reden opgegeven
Nullipara	3	2	1	1	0	1	1	1
Multipara	16	9	4	10	0	0	0	1
Totaal	19	11	5	11	0	1	1	2

Bis. Redenen het spiraaltje niet te laten plaatsen bij de huisarts in functie van pariteit / - 35j.



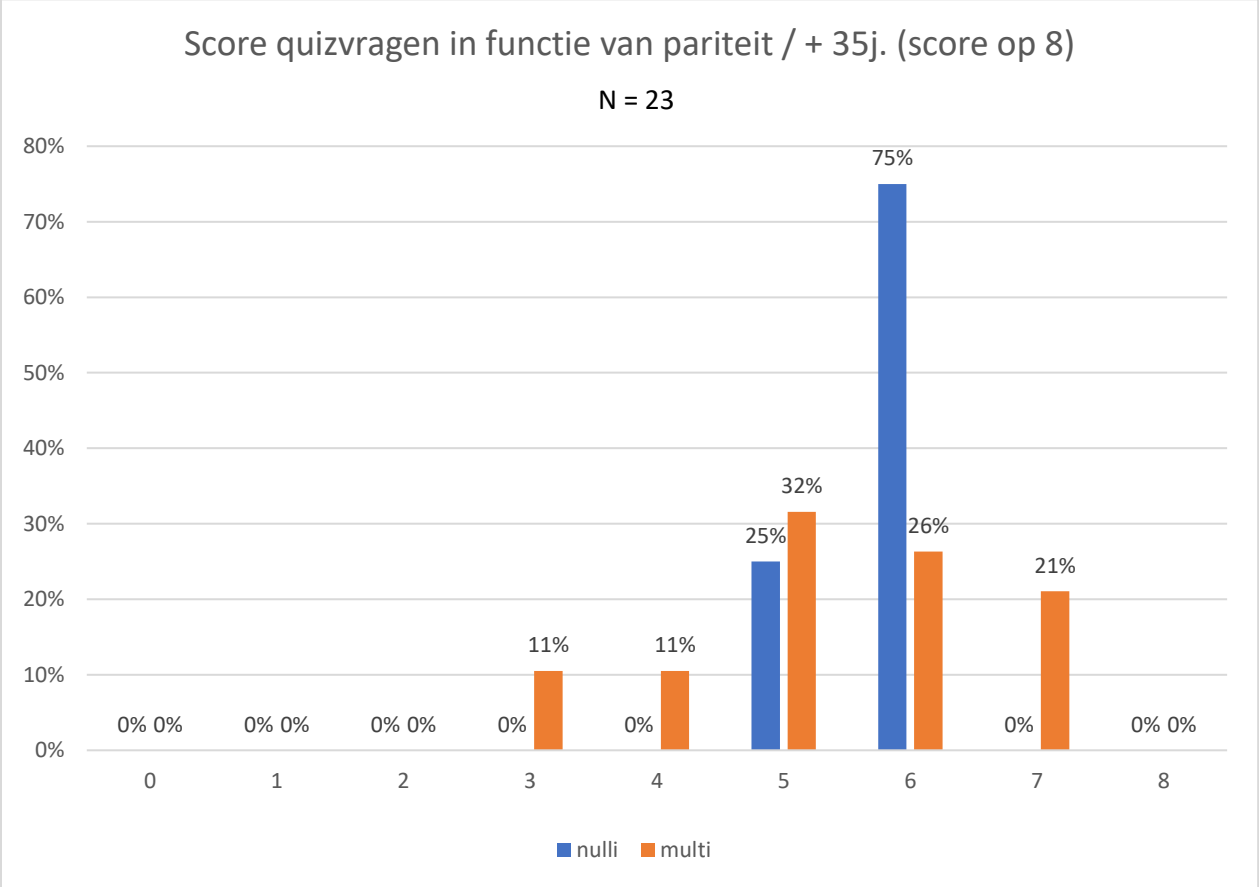
	N	Gynaecoloog heeft meer ervaring	Echografie bij de gynaecoloog	Ik wist niet dat dit bij de huisarts kon.	Verhalen gehoord waar het misgelopen is bij de huisarts.	Geen zin alsnog bij de gynaecoloog te moeten gaan, als het dan uiteindelijk niet lukt.	Andere	Geen reden opgegeven
Nullipara	15	6	2	4	0	0	1	3
Multipara	12	5	5	5	0	0	0	2
Totaal	17	11	7	9	0	0	1	5

2.12 Score op de quizvragen in functie van pariteit.



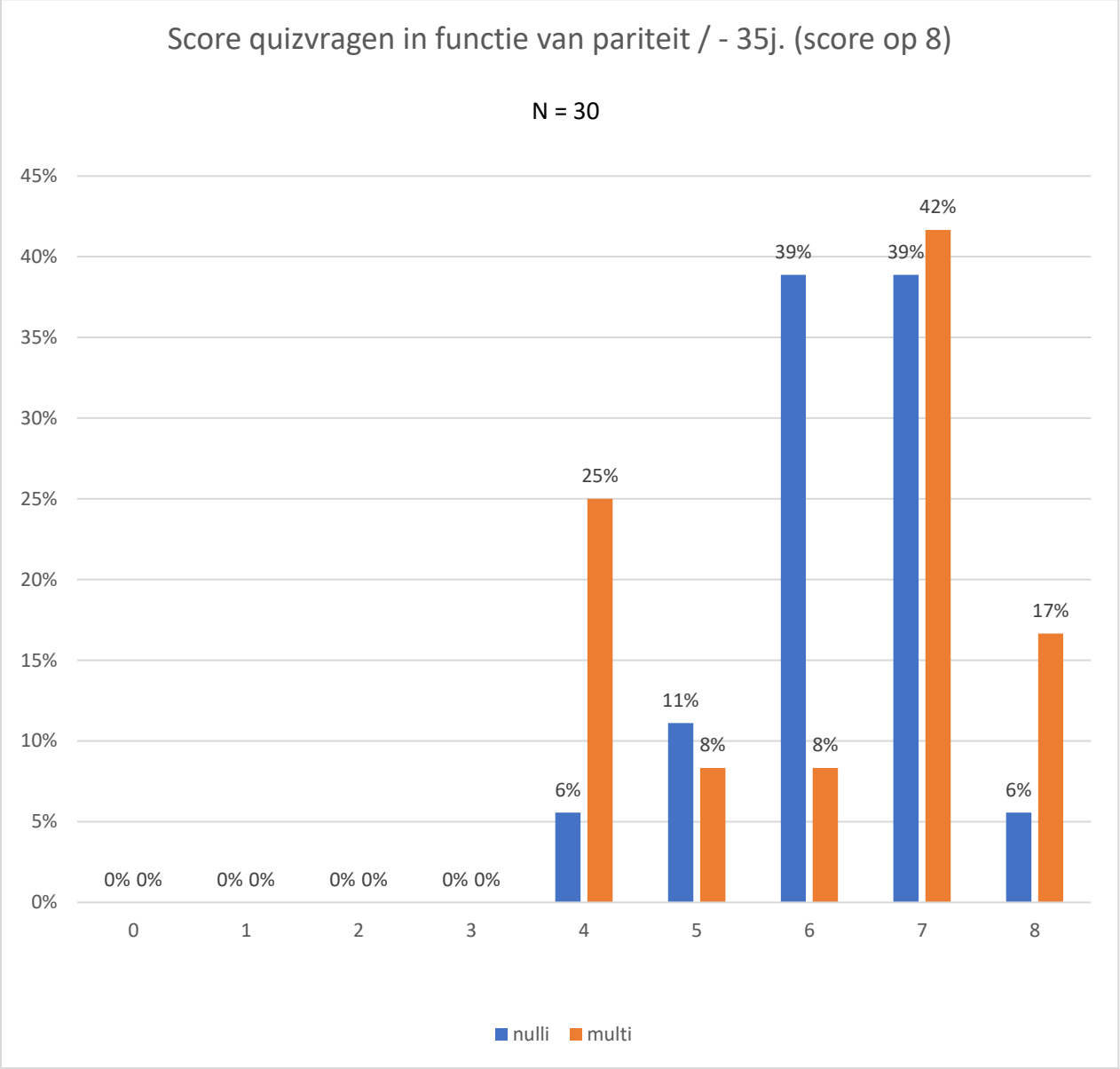
	N	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Gemiddelde
Nullipara	22	0	0	0	0	1	3	10	7	1	6,1
Multipara	31	0	0	0	2	5	7	6	9	2	5,6
Totaal	53	0	0	0	2	6	10	16	16	3	5,8

Bis. Score op de quizvragen in functie van pariteit / + 35j.



	N	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Gemiddelde
Nullipara	4	0	0	0	0	0	1	3	0	0	5,75
Multipara	19	0	0	0	2	2	6	5	4	0	5,3
Totaal	23	0	0	0	2	2	7	8	4	0	5,4

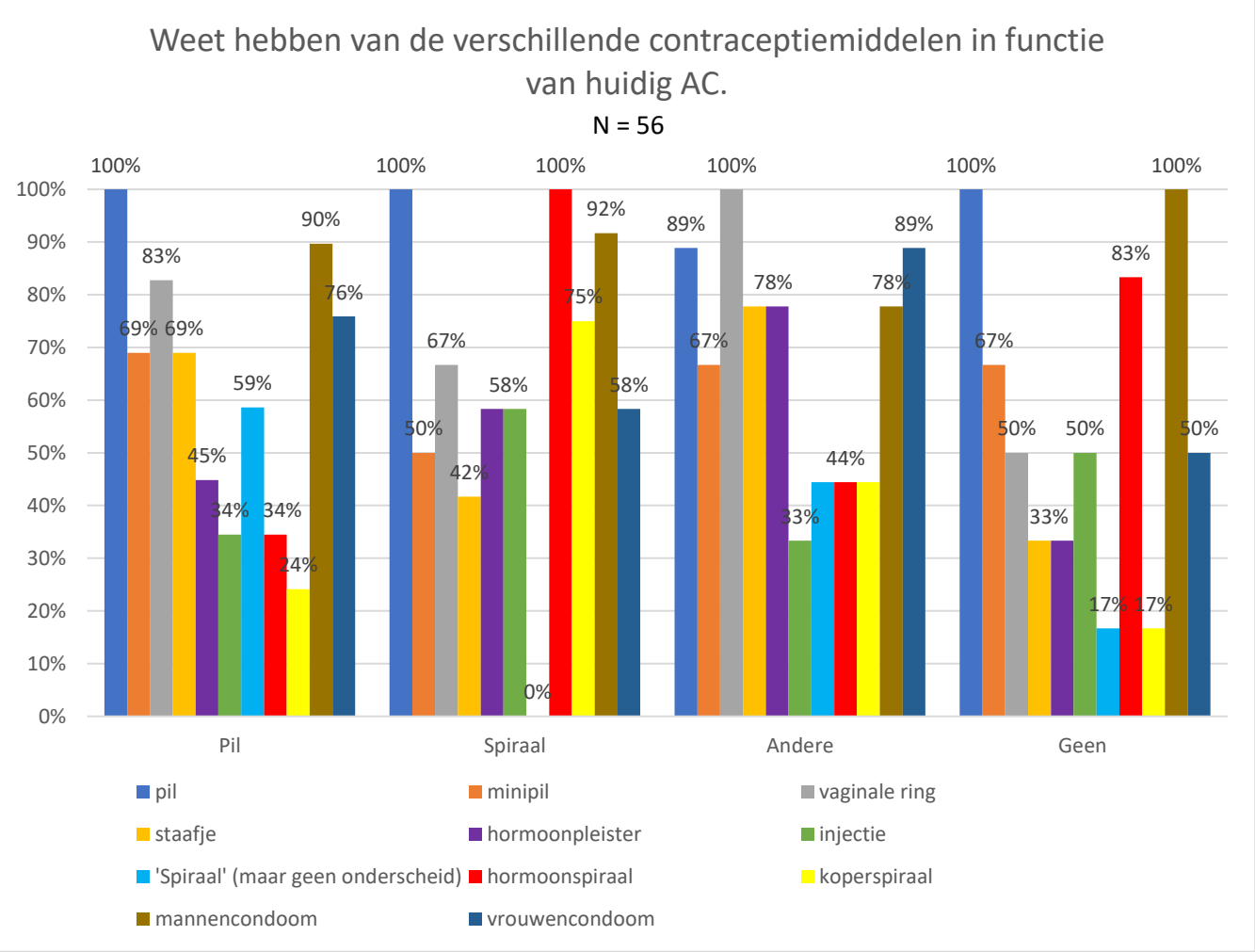
Bis. Score op de quizvragen in functie van pariteit / - 35 j.



	N	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Gemiddelde
Nullipara	18	0	0	0	0	1	2	7	7	1	6,3
Multipara	12	0	0	0	0	3	1	1	5	2	6,1
Totaal	30	0	0	0	0	4	3	8	12	3	6,2

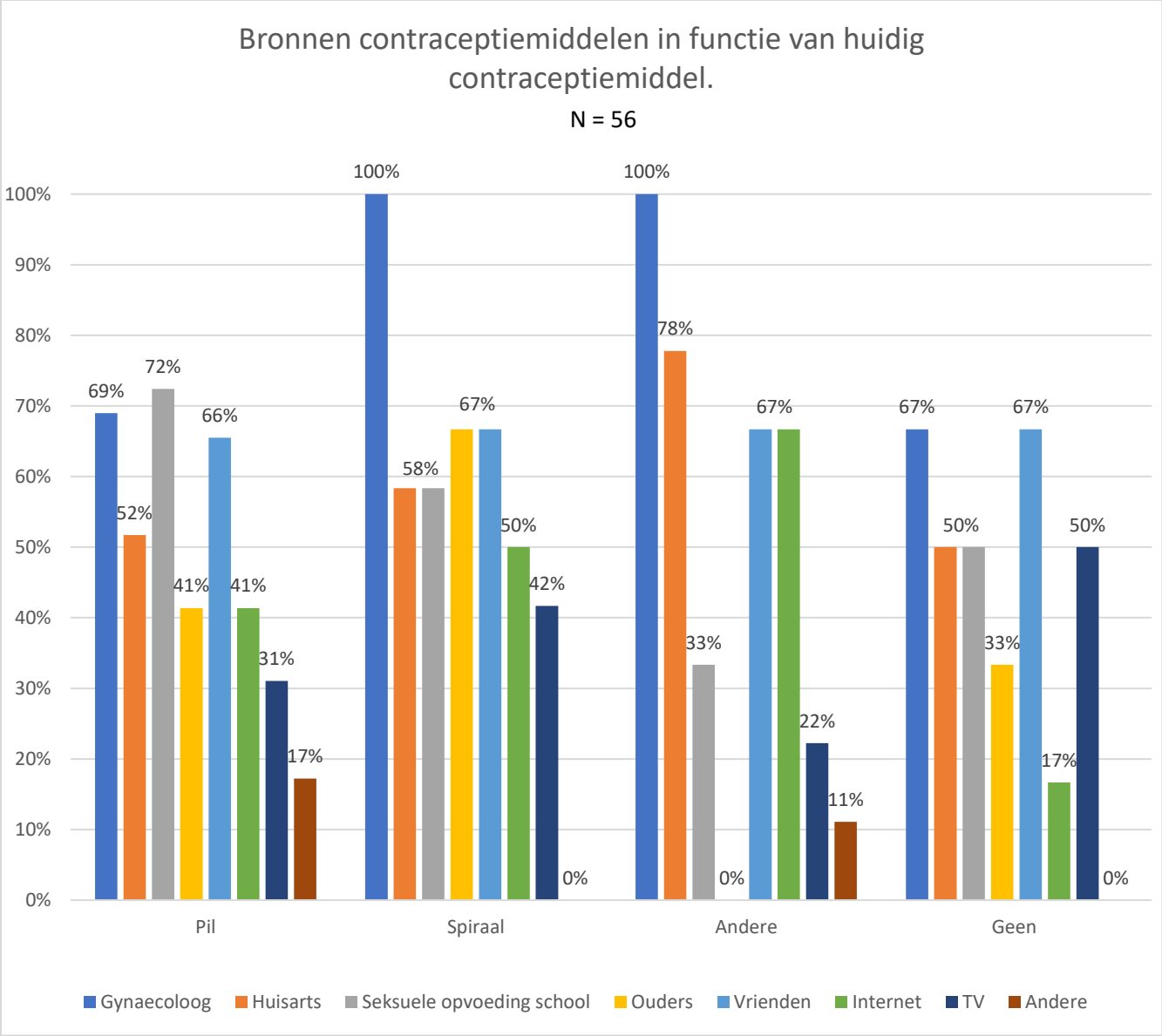
Huidig contraceptiemiddel

3.1 Gekende contraceptiemiddelen (‘Over welk contraceptiemiddel heeft u reeds gehoord?’) in functie van huidig contraceptiemiddel.



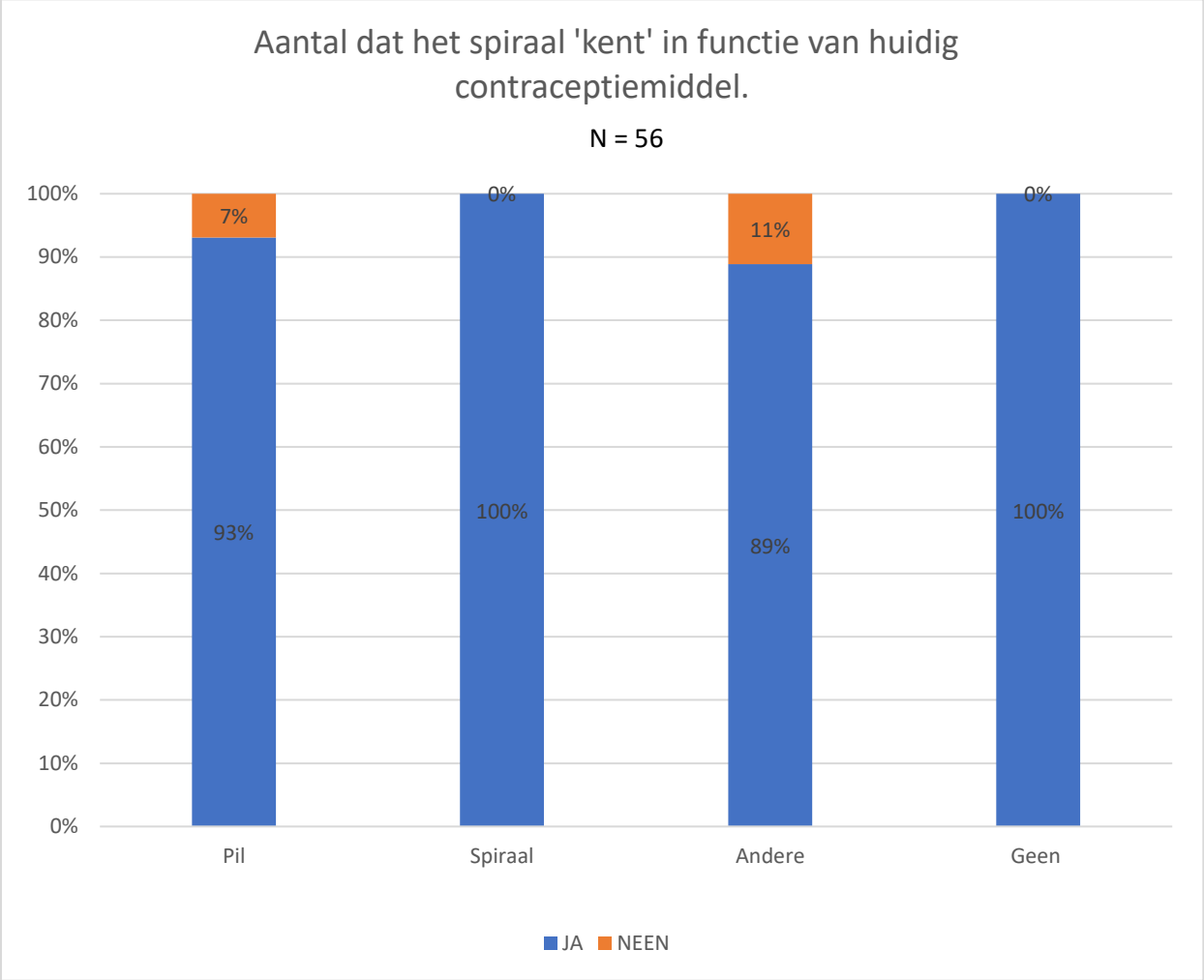
	N	Pil	Minipil	Vaginale ring	Staafje	Hormoon-pleister	Injectie	'Spiraal' (maar geen onderscheid)	Hormoonspiraal	Koperspiraal	Mannencondoom	Vrouwencondoom
Pil	29	29	20	24	20	13	10	17	10	7	26	22
Spiraal	12	12	6	8	5	7	7	0	12	9	11	7
Andere	9	8	6	9	7	7	3	4	4	4	7	8
Geen	6	6	4	3	2	2	3	1	5	1	6	3
Totaal	56	55	36	44	34	29	23	22	31	21	50	40

3.2 Bronnen betreffende de gekende contraceptiemiddelen in functie van huidig contraceptiemiddel.



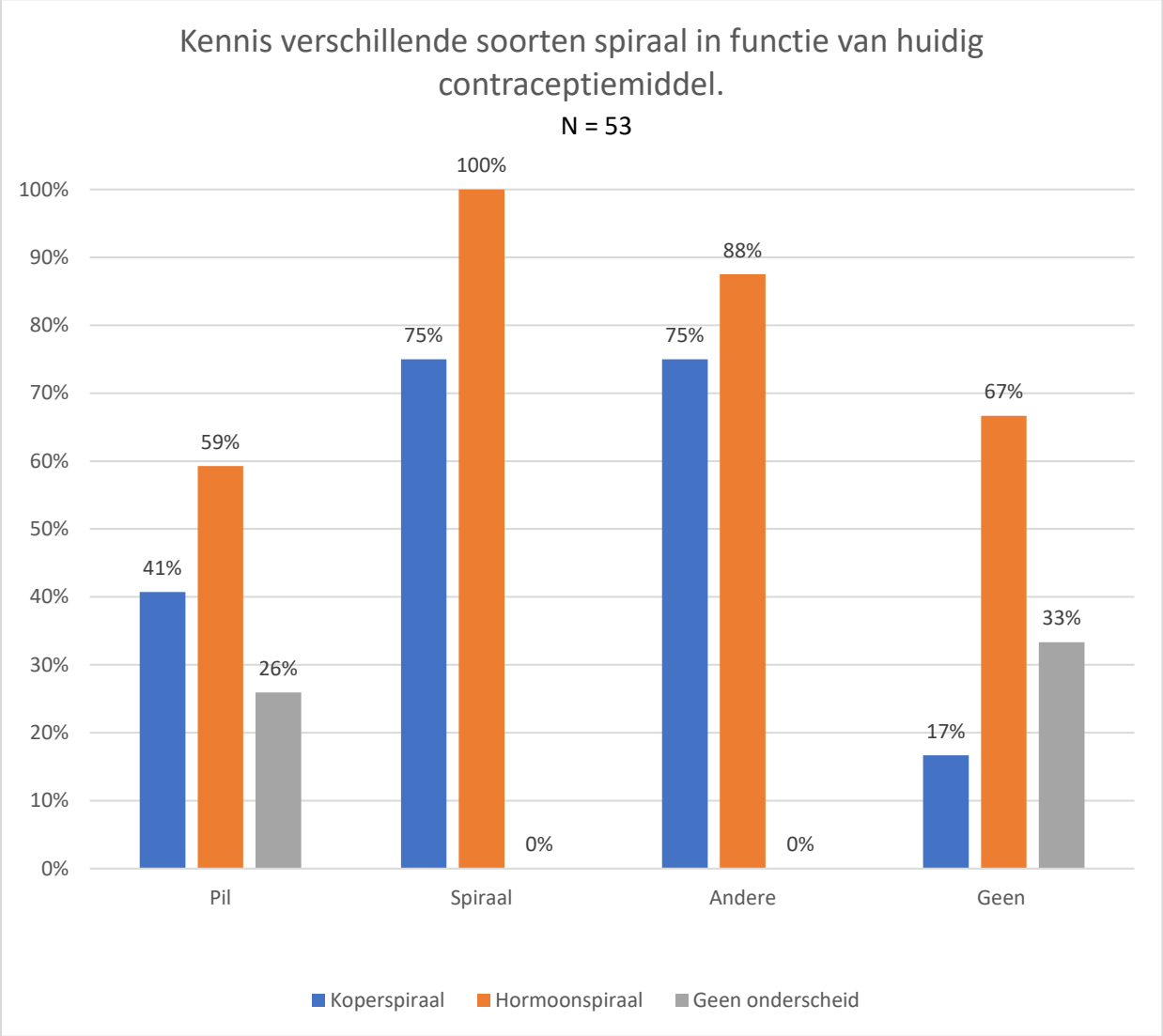
	N	Gynaecoloog	Huisarts	Seksuele opvoeding school	Ouders	Vrienden	Internet	TV	Andere
Pil	29	20	15	21	12	19	12	9	5
Spiraal	12	12	7	7	8	8	6	5	0
Andere	9	9	7	3	0	6	6	2	1
Geen	6	4	3	3	2	4	1	3	0
Totaal	56	45	32	34	22	37	25	19	6

3.3 Aantal deelneemsters die het spiraaltje ‘kennen’ in functie van huidig contraceptiemiddel.



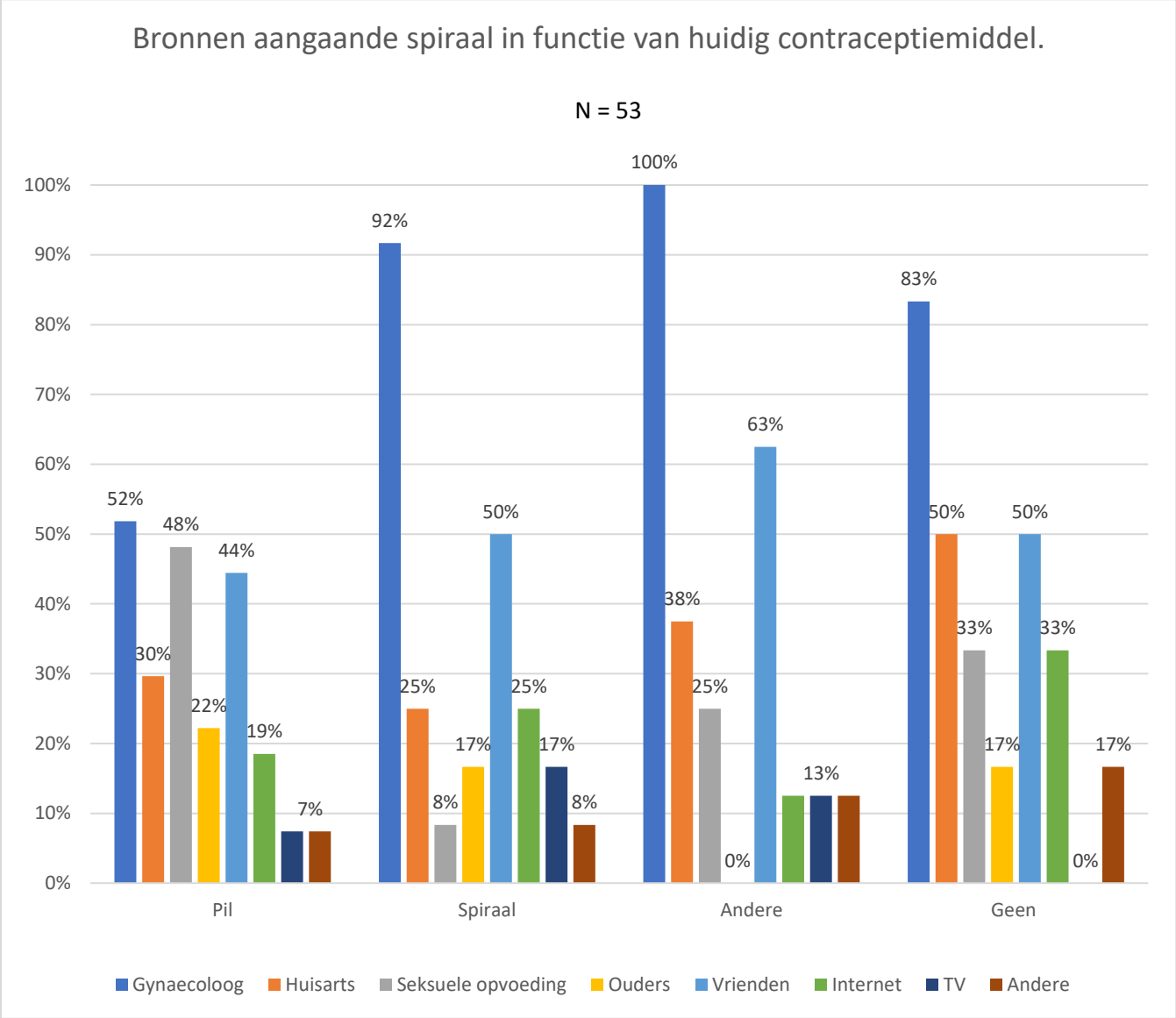
	N	JA	NEEN
Pil	29	27	2
Spiraal	12	12	0
Andere	9	8	1
Geen	6	6	0
Totaal	56	53	3

3.4 Onderscheid spiraaltjes gekend in functie van huidig contraceptiemiddel.



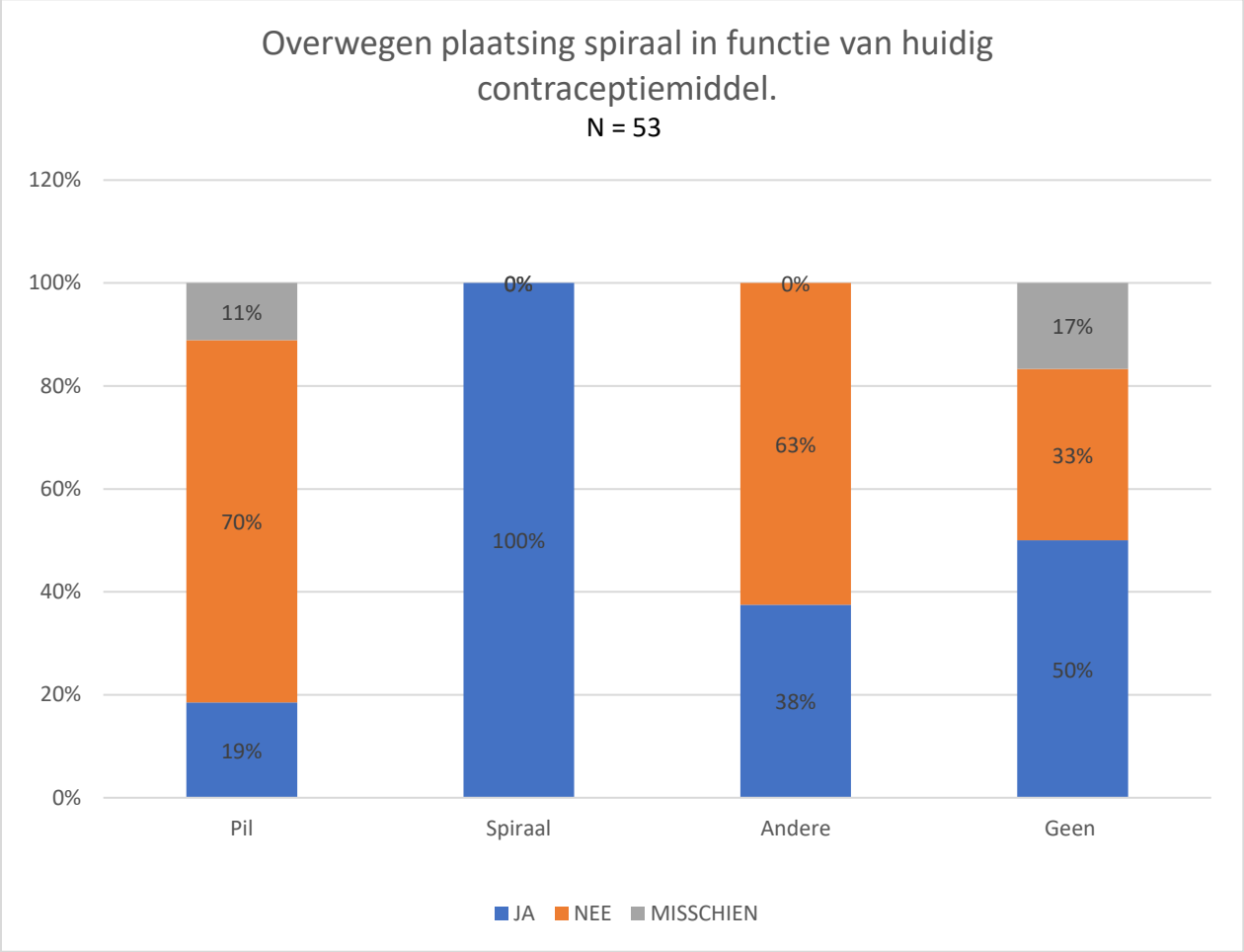
	N	Koperspiraal	Hormoonspiraal	Geen onderscheid
Pil	27	11	16	7
Spiraal	12	9	12	0
Andere	8	6	7	0
Geen	6	1	4	2
Totaal	53	27	39	9

3.5 Bronnen aangaande spiraaltjes in functie van huidig contraceptiemiddel.



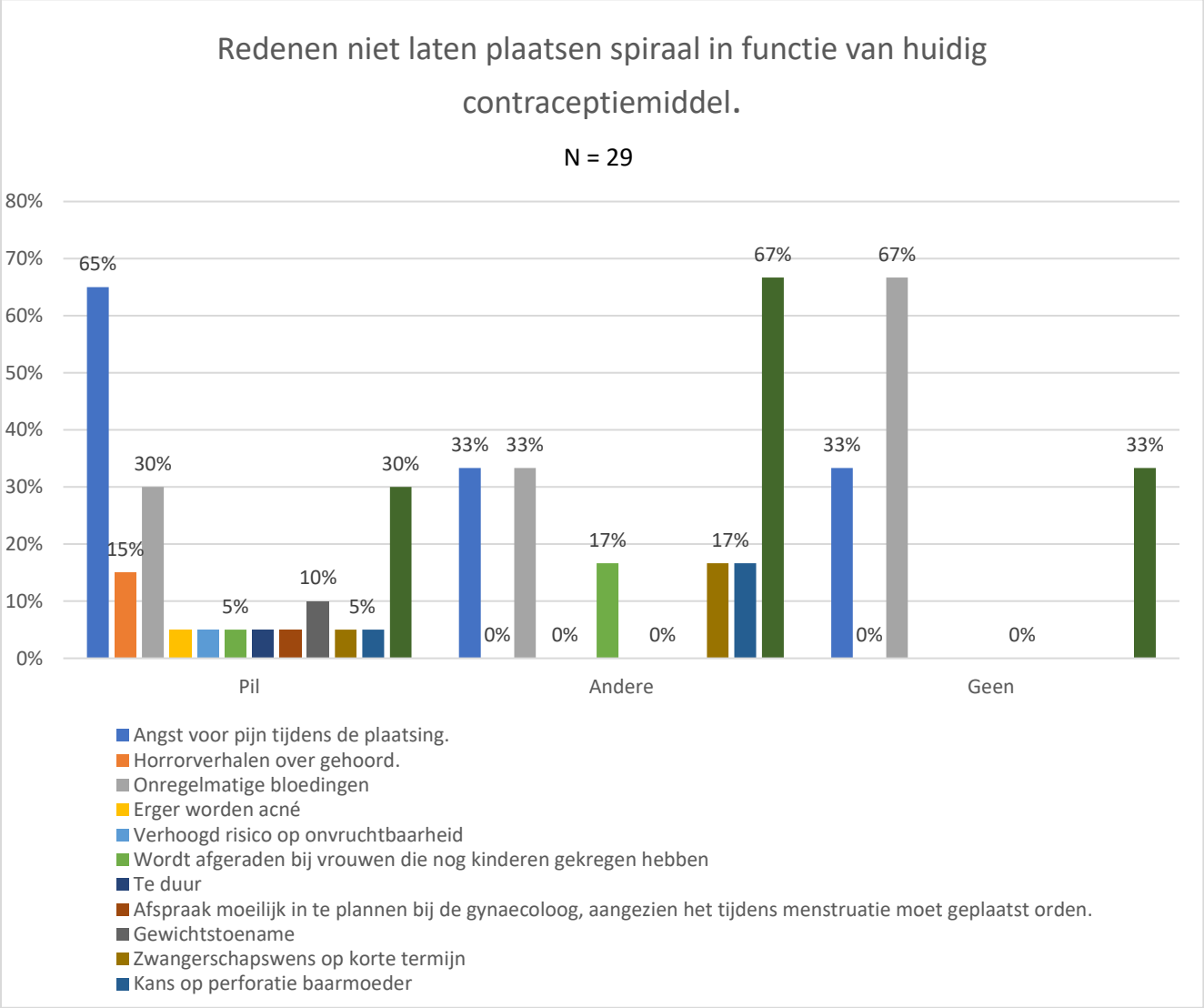
	N	Gynaecoloog	Huisarts	Seksuele opvoeding	Ouders	Vrienden	Internet	TV	Andere
Pil	27	14	8	13	6	12	5	2	2
Spiraal	12	11	3	1	2	6	3	2	1
Andere	8	8	3	2	0	5	1	1	1
Geen	6	5	3	2	1	3	2	0	1
Totaal	53	38	17	18	9	26	11	5	5

3.6 Overwegen laten plaatsen van een spiraaltje in functie van huidig contraceptiemiddel.



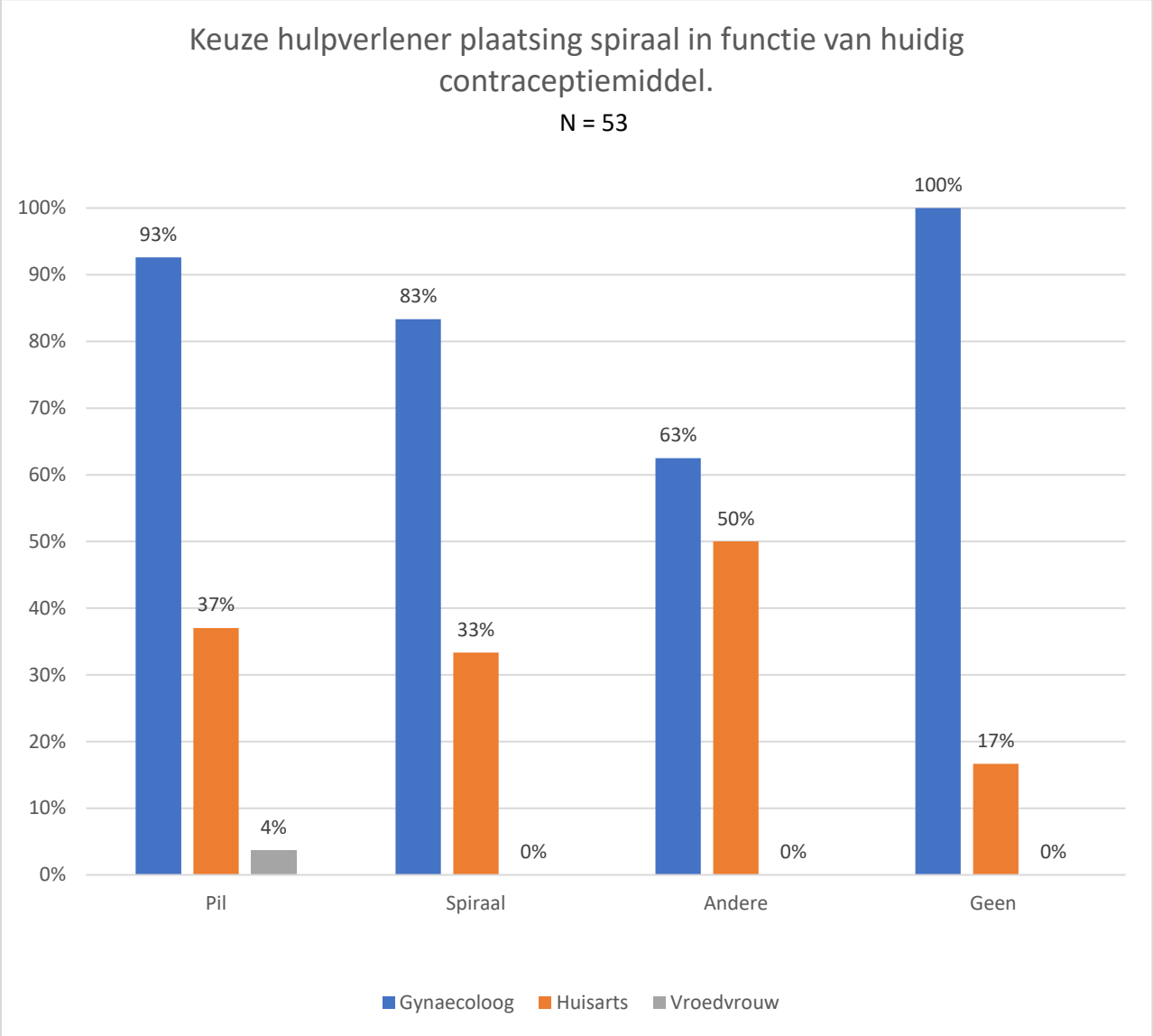
	N	JA	NEE	MISSCHIEN
Pil	27	5	19	3
Spiraal	12	12	0	0
Andere	8	3	5	0
Geen	6	3	2	1
Totaal	53	23	26	4

3.7 Redenen tot het niet laten plaatsen in functie van huidig contraceptiemiddel.



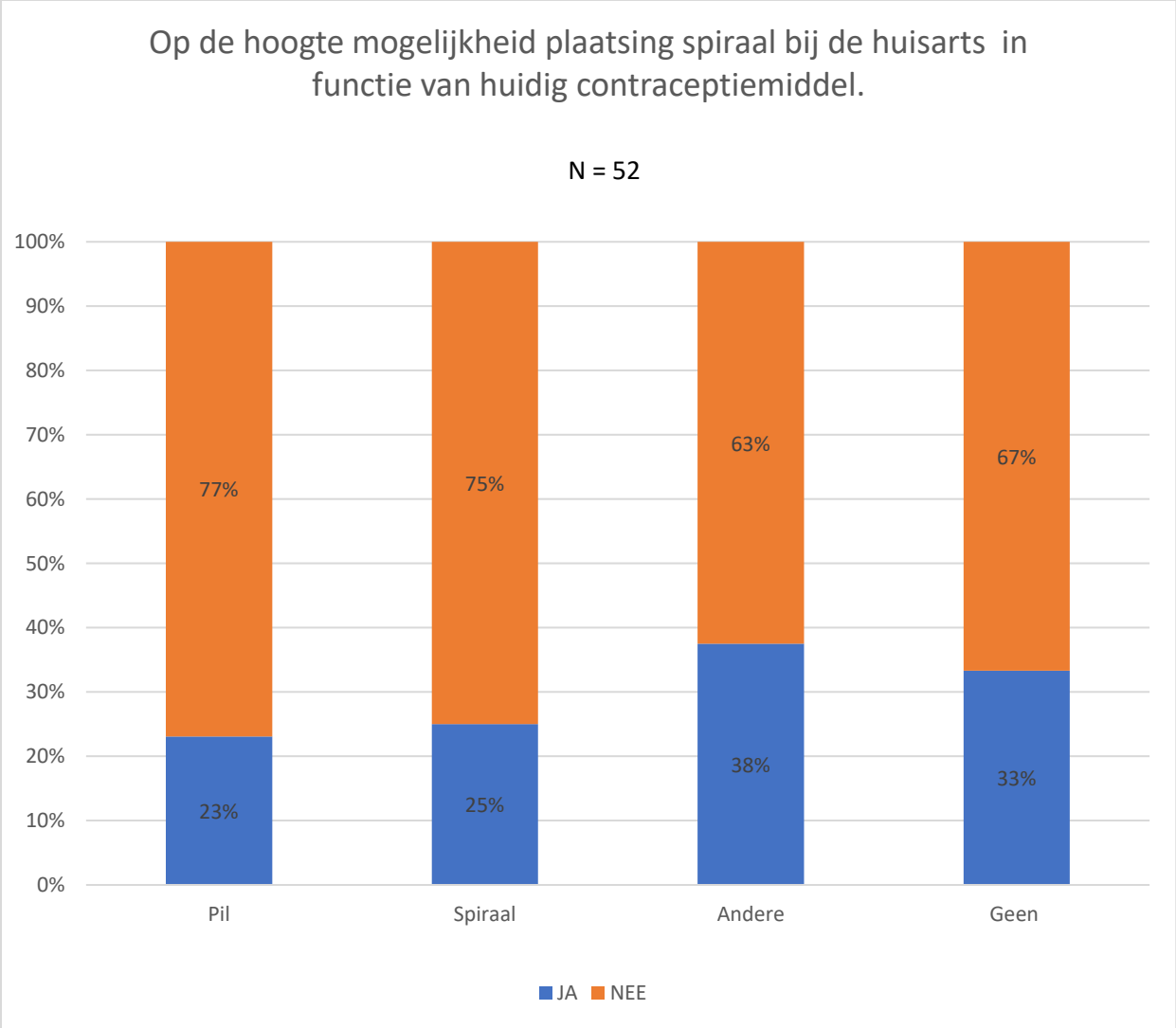
	N	Angst voor pijn tijdens de plaatsing.	Horrorverhalen over gehoord.	Onregelmatige bloedingen	Erger worden acné.	Verhoogd risico op onvruchtbaarheid	Wordt afgeraden bij vrouwen die nog kinderen gekregen hebben.	Te duur	Afspraak moeilijk in te plannen bij de gynaecoloog, aangezien het tijdens menstruatie moet geplaatst Worden.	Gewichtstoename	Zwangerschapswens op korte termijn	Kans op perforatie baarmoeder	Andere
Pil	20	13	3	6	1	1	1	1	1	2	1	1	6
Andere	6	2	0	2	0	0	1	0	0	0	1	1	4
Geen	3	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Totaal	29	16	3	10	1	1	2	1	1	2	2	2	11

3.8 Keuze hulpverlener plaatsing spiraal in functie van huidig contraceptiemiddel.



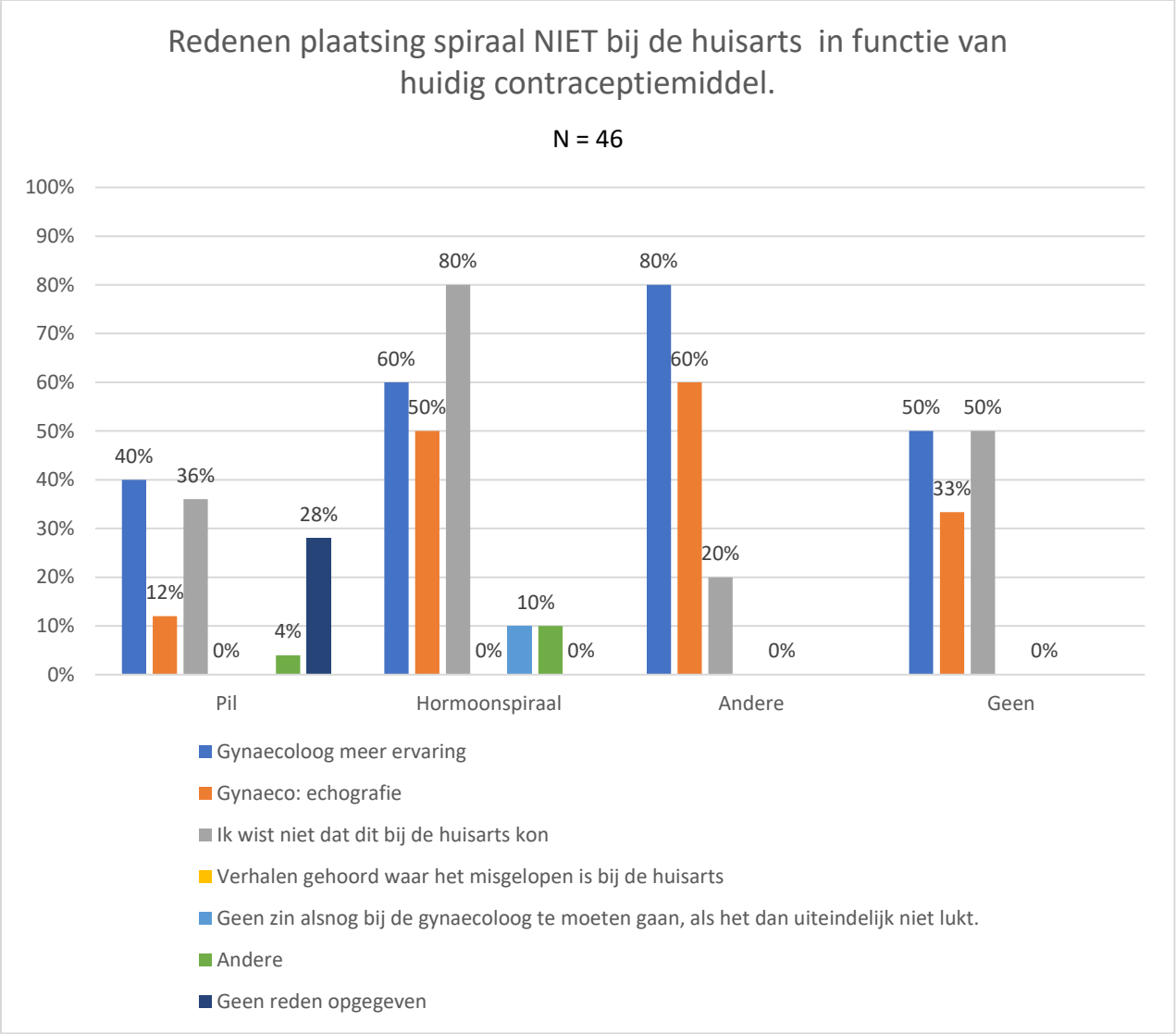
	N	Gynaecoloog	Huisarts	Vroedvrouw
Pil	27	25	10	1
Spiraal	12	10	4	0
Andere	8	5	4	0
Geen	6	6	1	0
Totaal	53	46	19	1

3.9 Op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot het laten plaatsen van een spiraal door de huisarts in functie van huidig contraceptiemiddel.



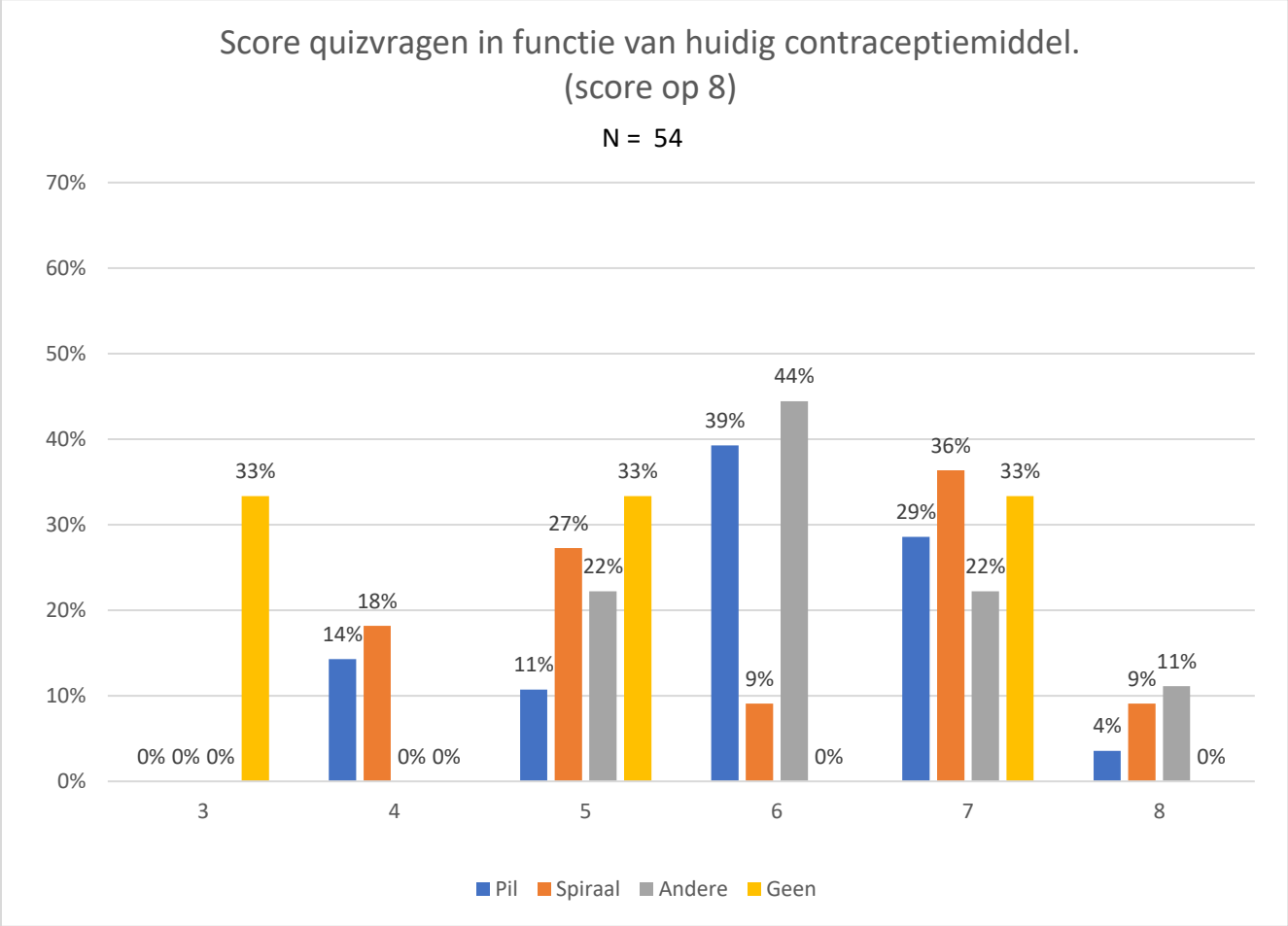
	N	JA	NEE
Pil	26	6	20
Spiraal	12	3	9
Andere	8	3	5
Geen	6	2	4
Totaal	52	14	38

3.10 Redenen tot het niet laten plaatsen van een spiraal bij de huisarts in functie van huidig contraceptiemiddel.



	N	Gynaecoloog heeft meer ervaring.	Echografie mogelijk bij de gynaecoloog.	Ik wist niet dat dit bij de huisarts kon.	Verhalen gehoord waar het misgelopen is bij de huisarts.	Geen zin alsnog bij de gynaecoloog te moeten gaan, als het dan uiteindelijk niet lukt.	Andere	Geen reden opgegeven
Pil	25	10	3	9	0	0	1	7
Hormoonspiraal	10	6	5	8	0	1	1	0
Andere	5	4	3	1	0	0	0	0
Geen	6	3	2	3	0	0	0	0
Totaal	46	23	13	21	0	1	2	7

3.11 Score op de quizvragen in functie van huidig contraceptiemiddel.



	N	3	4	5	6	7	8	Gemiddelde
Pil	28	0	4	3	11	8	1	5,75
Spiraal	11	0	2	3	1	4	1	5,9
Andere	9	0	0	2	4	2	1	6,2
Geen	6	2	0	2	0	2	0	5,0
Totaal	54	2	6	10	16	16	3	5,8

E. Goedgekeurd protocol en gunstig advies ethisch comité

Methode

Het onderzoek bestaat uit het identificeren van patiënten die in aanmerking komen voor dit kwalitatief onderzoek en deze een vragenlijst te laten invullen.

Registratie en identificatie

Alle vrouwen die in aanmerking komen voor deelname aan deze studie zullen bij het binnenkomen van de praktijk gevraagd worden, door de secretaresses, deze vragenlijst in te vullen. Het invullen is vrijwillig en mag ten alle tijden geweigerd worden. De vragenlijsten zijn anoniem en zullen niet gelinkt worden aan de patiënte. Bij de vragenlijst zal er ook een informed consent zitten die de patiënte zal moeten ondertekenen. Als ze de vragenlijst ingevuld hebben, mogen ze deze teruggeven aan de secretaresse en krijgen ze een informatiefolder aangaande contraceptie samen met de juiste antwoorden op de quizvragen. Bij verdere vraag naar info omtrent het onderzoek, brochure of contraceptie, mag er steeds een afspraak gemaakt worden Dr. Linthout. Deze zal hen niet aangerekend worden.

Vragenlijst procedures

De patiënt zal na haar toestemming gegeven te hebben, gevraagd worden de vragenlijst in te vullen in de wachtzaal. Zij mag hier ook na de consultatie rustig aan verder werken. Indien er onduidelijkheden zijn, en dr. Linthout is beschikbaar, zal zij de persoon in kwestie verder helpen in de mate van het mogelijke. Anders zal aan de patiënte de optie aangeboden worden een consultatie vast te leggen en de vragenlijst samen te overlopen. Dit consult zal uiteraard niet aangerekend worden.
Er wordt geschat dat ongeveer 50 zullen moeten ingevuld worden. De bedoeling is dit binnen een periode van 3 weken te bekomen. Indien het gewenste aantal niet bereikt is, zal deze periode verlengd worden.

Opmerking:
De vragenlijst zal bewust niet vertaald worden. De bedoeling is om in eerste instantie de algemene kennis en barrières te bekijken. Indien men andere talen erbij betrekt, is de kans

groot dat dit samenhangt met een andere cultuur, verschillende seksuele opvoeding of andere informatiebronnen. Dan zouden de resultaten in een veel bredere context bekeken moeten worden en eventueel opgedeeld moeten worden. Dit zou te ver leiden voor deze masterproef.

Onderzoekspopulatie

Onderzoekspopulatie: Vrouwen vanaf 18 jaar tot en met 55 jaar.

Data-analyse

De verschillende antwoorden zullen gecodeerd en statistisch verwerkt worden. Zo gaan we bepaalde nulhypotheses kunnen verwerpen of net bekrachtigen. Eventueel zullen er andere factoren aan het licht komen die we in het voorafgaand literatuuronderzoek niet tegengekomen zijn. De onderzoekspopulatie zal eveneens opgedeeld worden in nullipara en primi-/multipara om te kijken of er hiertussen verschillen bestaan.

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0473	14-jun-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Het spiraal in de eerste lijn: visie van de patiënt. (MaNaMa Lore Linthout)

Belgisch Registratienummer: B670201732167

* Vragenlijsten
* Antwoord onderzoekers via mail dr. L. Linthout ontv. dd. 06/06/2017 op opmerkingen EC dd. 04/04/2017
* Adviesaanvraagformulier dd. 3/06/2017(versie 2) - aangepaste versie ontv. dd. 06/06/2017
* Protocol (versie ontv. dd. 06/06/2017)
* Informatie- en toestemmingsformulier voor de patiënt (versie ontv. dd. 06/06/2017)
* Begeleidende brief dd. 3/06/2017 bij antwoord

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 13/06/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 13/06/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 13/06/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 13/06/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/06/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/06/2017**

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

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Davine Verbeke
09/332 22 66

Universitair Ziekenhuis Gent

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0473	14-jun-17	Zie "CC"

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

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Davine Verbeke
09/332 22 66