De barrières en opportuniteiten van anticonceptiezorg bij sociaal en/of psychisch kwetsbare vrouwen

Fien Vanhellemont, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Kristin Hendrickx, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2019

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

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

Abstract

Inleiding

Met deze masterproef wordt geprobeerd een antwoord te geven op de vraag hoe we de anticonceptiezorg kunnen verbeteren voor psychisch en sociaal kwetsbare vrouwen. Bij deze vrouwen is er een grote incidentie van ongeplande zwangerschap, terwijl juist bij hen een zwangerschap liefst goed voorbereid en begeleid is. Na analyse van de onderzoeksvraag worden een aantal knelpunten besproken die kunnen teruggebracht worden tot één overkoepelend probleem. In het bestudeerde wijkgezondheidscentrum in Gent zijn er geen afspraken rond het opvolgen van de anticonceptiezorg van vrouwen, waardoor de opvolging niet optimaal gebeurt en ook het elektronisch medisch dossier van de patiënten niet eenduidig gebruikt wordt.

Methoden

Na een literatuurstudie om de situatie in kaart te brengen, zijn acht vrouwen bevraagd over hun ervaringen met anticonceptie en met de zorg die vanuit het wijkgezondheidscentrum geboden wordt. Uit de literatuurstudie en de verhalen van deze vrouwen zijn een aantal krachtlijnen gesynthetiseerd op basis waarvan een protocol wordt opgebouwd. Dit protocol is getoetst aan de bevraagde vrouwen, en na aanpassingen ook aan een aantal artsenteams van andere Gentse wijkgezondheidscentra. Hierna is een definitief protocol opgesteld dat wordt voorgelegd aan de artsen van het bestudeerde wijkgezondheidscentrum, met als doel de zorg te structureren en te verbeteren.

Resultaten

De krachtlijnen van het protocol zijn een gestructureerde en proactieve zorg, met aandacht voor de eigenheid van de patiënt. Het dossiergebruik wordt geoptimaliseerd door het gebruik van eenduidige planningen. Het belang van een vertrouwensband tussen arts en patiënt wordt benadrukt, om informatie op maat van de patiënt te kunnen geven met aandacht voor de specifieke situatie van elke vrouw. Motivationele gespreksvoering is belangrijk, om zo de therapietrouw en zelfredzaamheid van de vrouwen te vergroten.

Besluit

Dit protocol is een eerste stap naar het concretiseren van het beleid rond seksuele gezondheid in het bestudeerde wijkgezondheidscentrum, en wordt door zowel de artsen als de vrouwen positief ontvangen. Na implementatie zal het nog geëvalueerd worden, gecoördineerd door de werkgroep seksuele gezondheid.

Dankwoord

Dit project was er niet geweest zonder bijstand van een aantal mensen. In eerste plaats ben ik de deelnemende vrouwen zeer dankbaar. Hun verhalen hebben van deze masterproef iets bijzonders gemaakt. Het was een privilege om in hun verleden te mogen spitten. Hun ervaringen hebben mijn ogen geopend en van mij een betere arts gemaakt.

Ook de collega's van Wijkgezondheidscentrum Watersportbaan hebben een grote bijdrage geleverd. Door hun niet aflatende steun bleef ik de moed vinden om met dit project verder te gaan. Ook de feedback van de artsen van de andere deelnemende wijkgezondheidscentra heeft mij enorm vooruit geholpen.

Natuurlijk kan ik het thuisfront niet ongenoemd laten. Bedankt voor het nalezen, Kek en Margot, en bedankt voor de bemoedigende woorden van alle andere kanten.

Mijn promotor, Prof. Kristin Hendrickx, gaf me op doorslaggevende momenten de inspiratie om verder te gaan. Zonder haar was dit project niet tot een goed einde gekomen.

Ik wens jullie veel leesplezier,

Fien Vanhellemont

April 2019

Inhoudstafel

1. Inleiding 1
2. Methode 2
   2.1 Literatuurstudie 2
   2.2 Praktijkverbeterproject 2
3. Resultaten 6
   3.1 Literatuurstudie 6
   3.1.1 Gezinsplanning 6
   3.1.2 Effect van sociaal-economische status 7
   3.1.3 Effect van psychische kwetsbaarheid 9
   3.1.4 Rol van de zorgverlener 9
   3.2 Praktijkverbeterproject 12
   3.2.1 Beschrijving populatie 12
   3.2.2 Geselecteerde patiënten 13
   3.2.3 Gegevens uit interviews 14
   3.2.4 Opstelling protocol 20
   3.2.5 Terugkoppeling protocol 22
4. Discussie 26
5. Besluit 28

Referenties 29

Bijlage 1: Protocol “Hoe kunnen we de anticonceptiezorg voor psychisch of sociaal kwetsbare vrouwen verbeteren?” 31

Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité 34

Bijlage 3: Praktijkprotocol 37

Bijlage 4: Addendum praktijkprotocol: adviezen en aanbevelingen 41

Bijlage 5: Addendum 2 praktijkprotocol: infofiche anticonceptie 43

1. Inleiding

In mijn eerste weken als HAIO viel mij op dat ik frequent vrouwen zag met vragen rond het bestaan van een zwangerschap. Deze zwangerschappen waren vaak ongepland en onvoorbereid. In de bestudeerde praktijk (Wijkgezondheidscentrum Watersportbaan) zijn er veel sociaal en/of psychisch kwetsbare vrouwen. Het is het aanvoelen van de artsen dat deze vrouwen moeilijk bereikbaar zijn met informatie over seksuele gezondheid en gezinsplanning.

Er is slechts één protocol met betrekking tot anticonceptie in voege in de praktijk en dit gaat over de praktische planning van de toediening van de prikpil. Het lijkt aangewezen om na te gaan wat de noden zijn in de patiëntengroep 'sociaal en psychisch kwetsbare vrouwen' en de zorg voor anticonceptie en seksuele gezondheid te structureren. Door rond deze materie afspraken te maken en deze afspraken een plaats te geven in het elektronisch medisch dossier (in vorm van een planning) is er een grote kans dat de zorgverstrekkers alerter zijn rond deze zorg en de zorg meer aangepast zal zijn aan de noden van de individuele patiënt.

In samenspraak met het team van het wijkgezondheidscentrum werd een praktijkverbeterend project opgestart, binnen de ruimere context van een algemene herziening van het beleid rond seksuele gezondheid. De nieuw opgerichte werkgroep seksuele gezondheid, met leden van verschillende disciplines (twee artsen, een verpleegkundige en een gezondheidspromotor), heeft als doel het verbeteren van de bespreekbaarheid van het onderwerp seksuele gezondheid (gezinsplanningsadvies, seksueel geweld, seksuele problemen, SOA-risico) en het opstellen van een verwijslijst. De werkgroep stelde zich ook kandidaat voor een pilootproject van Sensoa, om de samenwerking rond seksuele gezondheid in het team te verbeteren, wat aanleiding gaf tot een nieuw beleidsplan.

Het praktijkverbeterend project sluit aan bij de leeragenda van het wijkgezondheidscentrum en de informatie die verzameld werd, wordt gebruikt om het beleid te sturen naar de noden van onze patiënten. Het bestaan van de werkgroep seksuele gezondheid zal ervoor zorgen dat het onderwerp in de aandacht blijft en dat deze vrouwen blijvend op een zorgvuldige manier begeleid worden. In het centrum worden de wenselijkheid en mate van patiëntenparticipatie onderzocht. Het lijkt aangewezen om bij een aantal beslissingen rond patiëntenzorg de verschillende belangengroepen te betrekken (bestuur, zorgverleners en zorgvragers). In dit project werd een aantal vrouwen gehoord om hun visie te kunnen meenemen. Deze aanpak zal geëvalueerd worden met het team om eventueel in andere projecten ook de stem van de patiënt te kunnen meenemen.

2. Methode

2.1 Literatuurstudie

Er werd een literatuurstudie uitgevoerd op de Medline database via Pubmed. Er werd enkel gekeken naar studies met mensen, met een publicatiedatum vanaf 2008.

"poverty"[Mesh] AND "contraception"[Mesh] 07/06/2018 101 hits

"poverty"[Mesh] AND "abortion, induced"[Mesh] 07/06/2018 67 hits

"social class"[Mesh] AND "contraception"[Mesh] 08/06/2018 37 hits

"social class"[Mesh] AND "abortion, induced"[Mesh] 11/06/2018 29 hits

"mental disorders"[Mesh] AND "contraception"[Mesh] 11/06/2018 107 hits

"mental disorders"[Mesh] AND "abortion, induced"[Mesh] 21/11/2018 204 hits

“health literacy” AND “contraception” [Mesh] 20/12/2018 13 hits

Na het lezen van de abstract werd een selectie gemaakt op basis van relevantie van de bestudeerde populatie. Er werden enkel artikels geselecteerd uit Europese landen, Noord-Amerikaanse landen en Australië. Artikels over *policy influencing*, toegang tot ziekteverzekering en politiek werden niet geselecteerd. In verband met *health literacy* werden enkel reviews weerhouden.

Om gegevens uit Vlaanderen te hebben werd de Sexpertstudie, uitgevoerd door Sensoa in 2013, gebruikt, alsook de website van Sensoa. Ook de richtlijnen rond anticonceptie van Domus Medica en het Nederlands Huisartsengenootschap werden weerhouden. Het naslagwerk over zorg voor kwetsbare populaties uitgebracht door het Nederlands Huisartsengenootschap werd ook gebruikt.

2.2 Praktijkverbeterproject

Het praktijkverbeterproject werd opgesteld volgens de PDCA-cyclus, waarbij in dit geval een aparte invulling werd gegeven aan de verschillende onderdelen. De PDCA-cyclus is een manier om aan permanente verbetering te doen. In de eerste fase, *Plan*, wordt het probleem in kaart gebracht. In de tweede fase, *Do*, wordt een eerste actie uitgevoerd. In dit project was de eerste actie het opstellen van een protocol. Bij *Check*, de derde fase, wordt de actie uit de tweede fase geëvalueerd. Dit gebeurde in dit project door het toetsen van het protocol, eerst bij de vrouwen, dan bij artsen uit andere wijkgezondheidscentra en dan bij de artsen uit het bestudeerde centrum. In de vierde fase, *Act*, werd het protocol aangepast aan de feedback uit de vorige fase. Hierna begint de cyclus weer opnieuw en werd het protocol aan de volgende groep betrokkenen getoetst. Op het einde van de laatste toetsing werd het protocol geïmplementeerd. Het voorziene evaluatiemoment voor het

praktijkverbeterproject is gepland na zes maanden en zal gesuperviseerd worden door de werkgroep seksuele gezondheid van het centrum.

Plan

Eigen ondervinding en gesprekken met collega's leidden tot het onderwerp van dit praktijkverbeterproject. In de patiëntenpopulatie van het bestudeerde wijkgezondheidscentrum (Wijkgezondheidscentrum Watersportbaan in Gent) neemt de groep van vrouwen sociale of psychische kwetsbaarheid de laatste jaren flink toe, en de zorgverleners hebben het gevoel dat er frequent ongeplande zwangerschappen zijn. Juist in deze groep vrouwen is het belangrijk om een zwangerschap goed doordacht en begeleid aan te gaan, omwille van bijvoorbeeld aan te passen medicatie of financiële moeilijkheden.

Om het probleem van ongeplande zwangerschappen in deze doelgroep beter te begrijpen, moeten we het proces dat ertoe leidt in kaart brengen, bijvoorbeeld met een visgraatdiagram (Fig. 1)

Figuur 1: Visgraatdiagram

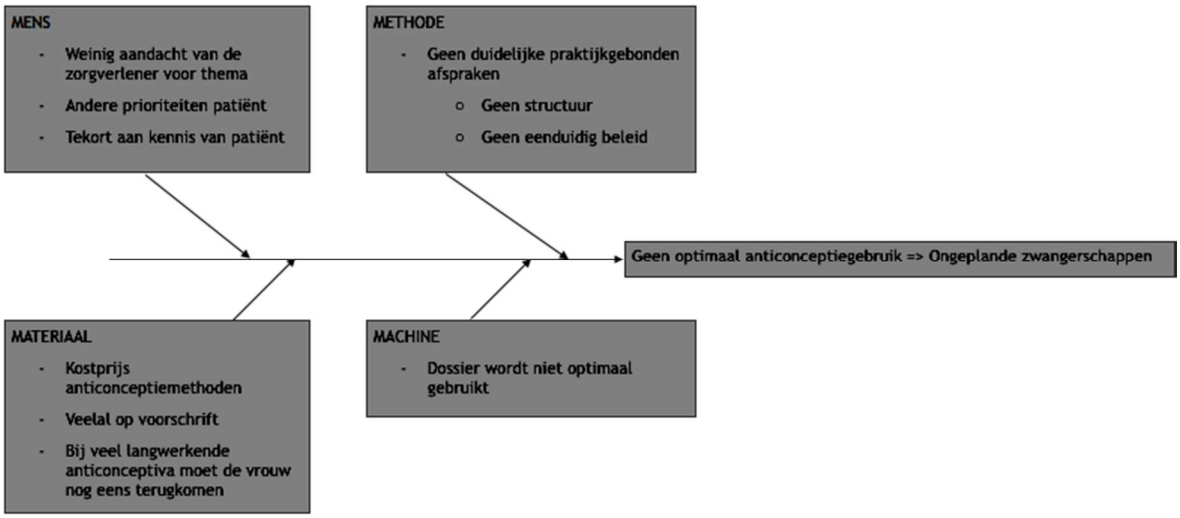


Fig. 1 Visgraatdiagram van het proces dat leidt tot ongeplande zwangerschappen bij vrouwen met sociale of psychische kwetsbaarheid.

Er zijn een aantal knelpunten gerelateerd aan de factor "mens" voor zorgverlener en voor de patiënt (Fig. 1). Zowel de zorgverlener als de patiënt hebben soms andere prioriteiten dan anticonceptie. Bij psychisch of sociaal kwetsbare vrouwen zijn er voor de zorgverlener verschillende aandachtspunten. De vrouw heeft zelf vaak veel aan haar hoofd (financiële moeilijkheden, zorg voor anderen, afspraken met zorgverleners) en zit soms in een precaire situatie. Hierdoor staat anticonceptie niet hoog op haar agenda. Vaak hebben deze vrouwen ook lage gezondheidsvaardigheden en zijn ze weinig of verkeerd geïnformeerd.

Er zijn in het wijkgezondheidscentrum rond anticonceptiezorg geen afspraken, hierdoor is er geen structuur en ook geen eenduidig beleid (Fig. 1). Het dossier wordt niet optimaal gebruikt; er zijn geen afspraken rond het coderen van zorgelementen en het gebruik van planningen.

Anticonceptiemiddelen zijn vaak op voorschrift en soms is de kostprijs een barrière tot gebruik (Fig. 1). Gelukkig komt OCMW Gent waarbij de organisatie nu tussen in de kostprijs van anticonceptie bij vrouwen in een moeilijke financiële situatie, maar deze mogelijkheid is nog niet door alle artsen gekend. Omwille van het op voorschrift zijn van de meeste contraceptiva moet de vrouw ook de drempel tot consultatie overwinnen. Zelfs als de vrouw op consultatie komt, kan de anticonceptie niet altijd tijdens de consultatie opgestart worden en dient de vrouw daar nog eens voor terug te komen. Hiervan kan sprake zijn bij langwerkende niet-gebruikersafhankelijke anticonceptiva, zoals de prikpil, het spiraal en het staafje.

Via het elektronisch medisch dossier werd er een beeld gevormd van de grootte van de kwetsbare populatie in het centrum. Er werd gezocht in de actieve patiëntenpopulatie met leeftijd tussen 16 en 45 jaar en geselecteerd op ziekte-element (Tabel 1). Patiënten die geen contactmoment hadden in het laatste jaar werden niet weerhouden.

Tabel 1: Frequentie gecodeerde ziekte-elementen in het dossier van Wijkgezondheidscentrum Watersportbaan (augustus 2018)

ICPC-code	Aantal	Procentueel
P01 – Angstig, nerveus, gespannen gevoel	1	1,3
P03 – Depressief gevoel	2	2,5
P06 – Slaapstoornis/slapeloosheid	1	1,3
P15 – Chronisch alcoholmisbruik	7	8,8
P19 – Drugsmisbruik	16	20
P24 – Specifiek leerprobleem	0	0
P25 – Levensfaseprobleem	1	1,3
P72 – Schizofrenie	2	2,5
P73 – Affectieve psychose	2	2,5
P74 – Angsttoestand	10	12,5
P75 – Somatisatiestoornis	2	2,5
P76 – Depressie	26	32,5
P77 – Suicidepoging	3	3,8
P78 – Neurashtenie/surmenage	1	1,3
P79 – Andere neurose	3	3,8
P80 – Persoonlijkheidsstoornis	13	16,3
P81 – Hyperkinetische stoornis	2	2,5
P85 – Mentale retardatie	3	3,8

P98 – Andere/niet gespecifieerde psychose	6	7,5
P99 – Autismespectrumstoornissen	2	2,5
Z01 – Armoede/financieel probleem[1]	5	6,3
Z03 – Probleem huisvesting/buurt[1]	3	3,8
Z16 – Relatieprobleem met kind[1]	1	1,3
Z29 – Ander sociaal probleem[1]	23	28,7

1. Relevantie werd ingeschat uit dossiergegevens.

Om de noden van patiënten in kaart te brengen, werden verschillende patiënten uit de doelgroep geïnterviewd. De 20 geselecteerde patiënten vormden een zo gevarieerd mogelijke groep, qua leeftijd en psychiatrische voorgeschiedenis

Do

De vrouwen die geïnterviewd wilden worden, kregen de keuze om het interview aan huis of in het centrum te laten doorgaan. Het interview was semigestructureerd, er werd gepeild naar moeilijkheden, opvattingen en gevoelens rond anticonceptiegebruik. Hieruit werden een aantal overeenkomsten gesynthetiseerd en een praktisch protocol opgesteld met adviezen voor consultvoering. Met deze actie wordt gehoopt een paar mens-, methode-, en materiaalgebonden struikelblokken op te vangen.

Check

Het opgestelde protocol werd besproken met enkele vrouwen uit de doelgroep. Daarna werd het protocol getoetst in andere teams (de artsenteams van Wijkgezondheidscentrum Malpertuus, Wijkgezondheidscentrum Rabot, Wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent en Wijkgezondheidscentrum Brugse Poort), om het te vergelijken met hun eigen initiatieven en de eventuele haalbaarheid in hun team na te gaan.

Act

Met behulp van procesindicatoren en de feedback van de bevraagde vrouwen en de andere artsen werd het protocol aangepast en voorgesteld in het bestudeerde centrum.

De loopperiode van het project was te kort om de effectiviteit van het geïmplementeerde protocol te testen met resultaatindicatoren. De opgerichte werkgroep ‘seksuele gezondheid’ verzekert wel blijvende aandacht, en zal zorgen voor een evaluatiemoment na 6 tot 12 maanden. Kwaliteitsindicatoren die gebruikt kunnen worden om het effect van het protocol in kaart te brengen zijn het aantal ongeplande zwangerschappen, de haalbaarheid van het protocol en de tevredenheid van artsen en patiënten. Er moet rekening gehouden worden met eventuele feedback van vrouwen uit de doelgroep. Zij zullen immers geen behandeling volgen waar ze niet achter staan.

3. Resultaten

3.1 Literatuurstudie

3.1.1 Gezinsplanning

De incidentie van ongeplande zwangerschap is een sleutelindicator van de seksuele gezondheid van een populatie. Het verhinderen van een ongeplande zwangerschap is voor de meeste seksueel actieve mannen en vrouwen een prioriteit. (1)

Uit gegevens uit de Sexpert-studie blijkt dat in Vlaanderen ongeveer een op vier van de zwangerschappen ongepland is. Ongepland betekent niet noodzakelijk ongewenst en een ongewenste zwangerschap leidt niet altijd tot een abortus. Van de ongeplande zwangerschappen is 1/3 meteen gewenst, 1/3 wordt uitgedragen en blijkt dan toch gewenst, en 1/3 blijft ongewenst. Van deze ongewenste zwangerschappen wordt 60 procent afgebroken. (2)

Om een beeld te krijgen van de hoeveelheid ongeplande zwangerschappen wordt vaak het abortuscijfer gebruikt, hoewel deze indicator een aantal beperkingen heeft. Het is belangrijk om op te merken dat in het geval van een ongeplande zwangerschap een abortus geen slechte uitkomst hoeft te zijn. Het kan voor de vrouw, het gezin en het ongeboren kind de best mogelijke optie zijn op dat moment. Verschillen in abortuscijfer tussen populaties kunnen wel onderliggende verschillen in ongeplande zwangerschap en dus ook gebruik van anticonceptiva aantonen. Toch moeten de cijfers ook met voorzichtigheid bekeken worden, want een gezondheidszorgsysteem met een hoge drempel tot consultatie in abortusklinieken zal een lager abortuscijfer hebben zonder dat dit sowieso een correlatie heeft met een onderliggend verschil in ongeplande zwangerschappen. (3)

Leeftijd, aantal kinderen burgerlijke staat en woonplaats hebben een invloed op het abortuscijfer. (4) De invloed van sociaal-economische status en afkomst op het abortuscijfer is omstreden. (3,4) De situationele factoren van een zwangerschap leveren een belangrijkere bijdrage in de verklaring van incidentie van ongeplande en ongewenste zwangerschappen (en de daaraan gekoppelde beslissingen) dan stabiele, socio-demografische kenmerken van mensen. (2) Bij tienermoeders is de beroepsstatus en het diploma vaak lager dan van hun leeftijdsgenoten die nog geen moeder zijn maar individuele en relationele factoren zoals bijvoorbeeld het aantal sekspartners, attitudes ten aanzien van abortus en ervaring met seksueel misbruik hebben ook een invloed op het abortuscijfer. Incorrect of inconsistent gebruik van anticonceptie is een van de belangrijkste risicofactoren voor het ondergaan van een abortus. (4,5)

De preventie van ongeplande zwangerschap bij jongeren rust op drie pijlers: adequate seksuele vorming, laagdrempelig consult en gunstige randvoorwaarden. Huisartsen kunnen vooral inspelen op

laagdrempeligheid. Hiervoor is bereikbaarheid en het wegvallen (of verminderen) van financiële drempels tot consultatie een vereiste. Het is ook belangrijk dat de hulpverlener oog heeft voor de context van de patiënt en dat de keuze van de anticonceptiemethode hieraan aangepast wordt. (6)

Er is een correlatie tussen terugbetaling en het gebruik van anticonceptie bij jongeren. Ook voor mensen in armoede of mensen met een precaire verblijfssituatie kan de aankoop van anticonceptie moeilijk of onhaalbaar zijn. Slechts weinig anticonceptiemiddelen worden terugbetaald door de ziekteverzekering. De meest betrouwbare anticonceptiemiddelen (langwerkende, reversibele contraceptiva zoals spiraal of staafje) zijn bovendien meestal de duurste. (7)

3.1.2 Effect van sociaal-economische status

In de Verenigde Staten is er een groot en groeiend verschil in de incidentie van ongeplande zwangerschappen tussen groepen die verschillen in relatie-status, inkomen en opleiding. (1) Etniciteit en inkomen zijn onafhankelijke voorspellers van ongeplande zwangerschap. Er is een grotere incidentie van ongeplande zwangerschap bij vrouwen van Afro-Amerikaanse of Latijns-Amerikaanse afkomst in vergelijking met blanke Amerikanen, en bij vrouwen met een lager inkomen. (3) Bij de laagst opgeleide vrouwen wordt een grote stijging van incidentie van ongeplande zwangerschap gezien. Samenwonende vrouwen en vrouwen met de minste jaren opleiding vertonen de grootste stijging in het aantal ongeplande zwangerschappen die eindigden in een geboorte. (1) Ook in Nederland hebben laagopgeleide vrouwen en niet-westerse migranten relatief vaker ongeplande zwangerschappen. Een kwart van de laagopgeleide vrouwen ouder dan 26 jaar is ooit ongepland zwanger geweest, vergeleken met achttien procent van de hoogst opgeleide vrouwen. Geen of verkeerd gebruik van anticonceptie is daarvan doorgaans de oorzaak. (8)

Etniciteit is geassocieerd met minder gebruik van effectieve anticonceptiemethoden, sociaal-economische status niet. De kans op anticonceptiefalen blijkt groter bij Afro-Amerikaanse of Latijns-Amerikaanse vrouwen en bij vrouwen met een lagere sociaal-economische status. Afro-Amerikaanse vrouwen en vrouwen met lage sociaal-economische status stoppen vaker met de pil. (3) In Nederland is de pil het meest gebruikte anticonceptiemiddel bij alle groepen van vrouwen. (8) Kansarme vrouwen hebben vaker leemtes in anticonceptiegebruik dan meer welgestelde vrouwen. Kansarme vrouwen hebben meer kans op het meemaken van ontwrichtende gebeurtenissen zoals werkloosheid en relatiebreuken. Het verliezen van werk gaat in de Verenigde Staten vaak gepaard met het verliezen van gezondheidszorgverzekering en zo met het verliezen van toegang tot voorschriftplichtige contraceptiemethoden. De meest voorkomende reden waarom vrouwen bij een ongeplande zwangerschap overgaan tot een abortus is om het ontwrichten van hun leven te voorkomen, of als reactie op ontwrichtende gebeurtenissen in het verleden. (9)

Een Spaanse studie beschrijft een associatie tussen geboorteplaats en abortus. Bij vrouwen met een migratie-achtergrond ligt het abortuscijfer hoger dan bij autochtone vrouwen. Ook tussen opleidingsniveau en abortus wordt een associatie beschreven. Bij autochtone vrouwen beschermt een hogere opleiding tegen herhaalde abortus, bij allochtone vrouwen lijkt een hogere opleiding dit beschermend effect niet te hebben. (10) Een Noorse studie suggereert ter verklaring dat culturele factoren een grotere invloed hebben op de reproductieve beslissingen van sommige populaties dan opleidingsniveau. (11) Een andere verklaring kunnen we vinden in een Deense studie. Deze wijst uit dat de beslissing tot het beëindigen van een zwangerschap geassocieerd is met een moeilijke economische situatie en slechte positie op de arbeidsmarkt. Het is gekend dat vrouwen met een migratie-achtergrond zich vaker in een moeilijke sociale positie bevinden. Hierdoor zijn vrouwen met een migratieachtergrond kwetsbaarder op het vlak van seksuele gezondheid dan vrouwen geboren in Denemarken. De populatie van vrouwen met een migratieachtergrond is divers, met verschillende waarden en normen rond geboortebeperking, waardoor er geen reden is om aan te nemen dat het hogere abortuscijfer in deze populatie te wijten is aan een gedeelde culturele factor. Een andere verklaring voor de discrepantie in ongeplande zwangerschappen zou een verschil in toegang tot gezondheidszorg en contraceptie kunnen zijn. Vrouwen met een migratie-achtergrond melden vaker dat ze onvoldoende geïnformeerd worden. (12)

Verschillen in de incidentie van seksueel contact voor 16 jaar, contraceptiegebruik bij eerste seksueel contact, conceptie voor de leeftijd van 20 jaar en abortus voor de leeftijd van 20 jaar tussen Franrijk en Groot-Brittannië worden mee veroorzaakt door landelijke verschillen in ongelijkheid en graad van socio-economische achtergesteldheid. In beide landen had de sociale status van de ouders minder invloed dan de eigen sociale middelen (bijvoorbeeld opleidingsniveau), wat kan wijzen op de steeds grotere invloed van peer-groepen ten opzichte van de ouders. Hoewel er in Groot-Brittannië een aanbod van gratis contraceptiva is, werd er geen kleiner socio-economisch gemedieerd verschil in contraceptiegebruik gevonden tussen Groot-Brittannië en Frankrijk; in Frankrijk wordt ook meer contraceptie gebruikt hij bet eerste seksueel contact dan in Groot-Brittannië. Contextuele factoren beïnvloeden de motivatie van jongeren betreffende het vermijden van zwangerschap (13)

Zowel afkomst als sociaal-economische status zijn geassocieerd met keuze en gebruik van een anticonceptiemethode. (1,3,8-12) De toegankelijkheid van gezondheidszorg voor kwetsbare populaties moet geoptimaliseerd worden; het beleid dient meer aandacht te geven aan health-equity en het verminderen van sociale ongelijkheid. (12)

3.1.3 Effect van psychische kwetsbaarheid

Over het effect van psychologische stress op de keuze van de vrouw voor meer of minder effectieve anticonceptiemiddelen bestaan tegenstrijdige gegevens. Bij jonge vrouwen zijn combinaties van depressieve, angst- of stresssymptomen geassocieerd met meer onveilige seksuele gedragingen zoals geen condoomgebruik, anticonceptiestop, inconsistent anticonceptiegebruik, het gebruik van minder effectieve contraceptiva of geen gebruik van contraceptiva. Mentale stress bij vrouwen uit een hoge inkomenscategorie is niet geassocieerd met het gebruik van minder effectieve methodes. Enkel depressieve symptomen zijn niet geassocieerd aan het gebruik van condoom of anticonceptie bij adolescente of jonge vrouwen. Vrouwen die meer psychologische stress ervoeren alvorens ze een abortus hadden, gingen meer waarschijnlijk naar huis met meer effectieve anticonceptie dan vrouwen die minder psychologische stress hadden. (14) Het is wel zo dat dit geen weergave is van het gebruik of het correct gebruik van de gekozen methode, beide zijn lager bij vrouwen met een depressie. In een Amerikaanse studie bij vrouwen uit een lage inkomenscategorie verlieten vrouwen met symptomen van depressie een anticonceptieconsult vaker zonder voorschrift voor anticonceptie. (15)

Er is een sterke associatie tussen frequent overmatig drankgebruik en recent drugsgebruik enerzijds, en risicovol seksueel gedrag anderzijds (geen gebruik van condooms bij eerste seksueel contact, eerste seksueel contact met een zeer recente partner, het gebruik van noodanticonceptie, diagnose van een SOA in de voorbije 5 jaar, abortus of (poging tot) verkrachting in de voorgeschiedenis). Deze associatie is sterker bij jongeren die verschillende middelen gebruikten. Jonge vrouwen die risicovol gedrag stellen, vertonen vaker depressieve klachten. (16) Vrouwen die opioïde drugs gebruiken, gebruiken over algemeen minder voorbehoedsmiddelen (condoom, spiraal en orale contraceptiva), vaker een depotpreparaat en hebben vaker een abortus dan andere vrouwen uit dezelfde leeftijdscategorie. Kinderen onder de 16 woonden in deze studie slechts in 1/3 van de gevallen bij hun moeder. Aan deze kwetsbare groep vrouwen moet op vlak van reproductieve gezondheid meer aandacht besteed worden. De hoge screeningsgraad naar baarmoederhalskanker in deze groep kan een aanknopingspunt zijn voor het starten van een interventie. (17) Amerikaanse metamfetaminegebruiksters, die weinig contraceptie gebruiken en bij wie 1/3 van de zwangerschappen eindigt in een abortus, ervaren financiële en verzekeringsgebonden barrières voor het gebruiken van seksuele gezondheidszorg alsook aspecten van de metamfetamineverslaving zelf (chaotische leven, focus op waar hun volgende dosis te verkrijgen, apathie rond zelfzorg). (18)

3.1.4 Rol van de zorgverlener

Het verschil in incidentie van ongeplande zwangerschap in verschillende subgroepen suggereert dat niet alleen een extra inzet van de zorgverstrekker nodig is, maar ook acties op beleidsniveau met

aandacht voor het verminderen van sociale ongelijkheid door inkomen en opleidingsniveau. (1) Het is mogelijk dat betere toegang tot hoog-effectieve contraceptiva het aantal ongeplande zwangerschappen bij kansarme vrouwen kan verminderen. Ook betere toegang tot langwerkende reversibele contraceptiva kan het effect van ontwrichtende gebeurtenissen (die vaker voorkomen bij kansarme vrouwen) verminderen omdat deze methodes gebruikersonafhankelijk zijn en geen onderhoudskosten hebben. (9) Vrouwen die hoog-effectieve methoden van contraceptie (progesteron-implantaat, spiraal) kiezen na een abortus hebben het laagste risico op een nieuwe abortus in de twee jaar daaropvolgend. Vrouwen die na een abortus een combinatiepil of een depot-injectie kozen hadden evenveel kans op een herhaalde abortus binnen de twee jaar als vrouwen die zonder voorschrift naar huis gingen. (19)

Een aantal langwerkende reversibele contraceptiva kennen echter een hoge graad van stopzetting kennen. Een verklaring hiervoor kunnen de bijwerkingen van deze contraceptiva zijn, zoals onregelmatige bloedingen bij het staafje. De prikpil wordt vaak stopgezet door gemiste afspraken of bijwerkingen. Een andere mogelijke verklaring voor deze hoge graad van stopzetting kan ook de over-promotie van deze anticonceptiva zijn, waardoor eerder de keuze van de arts dan de keuze van de patiënt gevolgd wordt. (20) Negatieve ervaringen met een gezondheidsverstrekker tijdens een anticonceptie-consultatie kunnen ook invloed hebben op het correct gebruik van contraceptiva en de arts-patiëntrelatie. Vrouwen uit minderheidsgroepen met een laag inkomen die onpersoonlijke, gehaaste, onvolledige of onverschillige raad kregen na de bevalling waren minder geneigd om de voorgestelde anticonceptiemethode te gebruiken. Ook goed bedoeld maar directief anticonceptieadvies wordt vaak negatief ervaren door de vrouw. Andere communicatiestijlen die kunnen bijdragen tot een negatieve ervaring van de vrouw zijn: niet goed luisteren, geen open vragen stellen, informatie geven die niet aangepast is aan de patiënt, ontbreken van goede arts-patiëntrelatie en het niet initiëren van een gesprek door de zorgverlener. De vrouw kan het advies tot gebruik van een langwerkende anticonceptiemethode ook als discriminerend of dwingend ervaren. Een goed advies over contraceptie is gepersonaliseerd, inclusief, zonder oordeel en met nadruk op gedeelde besluitvorming, met respect voor de waarden, cultuur en autonomie van de persoon. (21) Het gebruik van professionele tolken of culturele bemiddelaars bij vrouwen met een andere moedertaal wordt sterk aangeraden, in plaats van het gebruik van gelegenheidstolken zoals een familielid of de echtgenoot. Het is belangrijk de kennis van de vrouw te bevragen en te verifiëren. (8)

Een mogelijkheid tot het verbeteren van de graad van anticonceptie is het opstellen van een populatiewijd oproepsysteem om vrouwen uit te nodigen op consultatie, maar hier is weinig bewijsmateriaal voor en dit is ook moeilijk te implementeren. Er kan eventueel ook een plaats zijn voor apps ter ondersteuning van de therapietrouw. (20)

3.1.5 Gezondheidsvaardigheden

Gezondheidsvaardigheden – *health literacy* – worden gedefinieerd als het kunnen verkrijgen, verwerken en begrijpen van gezondheidsinformatie en het kennen van het gezondheidszorgsysteem om zo gepaste beslissingen rond gezondheid te maken. (8, 22) Lage of ontoereikende gezondheidsvaardigheden zijn geassocieerd met een aantal slechte gezondheidsuitkomsten zoals meer hospitalisaties, meer gebruik van spoeddiensten, lagere algemene gezondheid en hogere mortaliteit. Studies tonen aan dat gezondheidsvaardigheden ook gelinkt zijn aan kennis over anticonceptie en voortplanting. Vrouwen met ontoereikende gezondheidsvaardigheden weten minder vaak wat de vruchtbare periode van de vrouw is in de menstruele cyclus, hebben minder kennis over het effect van leeftijd op fertiliteit en benoemen onvoldoende kennis vaak als een barrière tot het correct gebruik van anticonceptiva. Toch wordt er geen verband gevonden tussen het gebruik van contraceptiva en het niveau van de gezondheidsvaardigheden. Vrouwen met minder goede gezondheidsvaardigheden gebruiken meer langwerkende, reversibele contraceptiva maar ook meer ineffectieve methoden zoals de kalendermethode. Over het verband tussen het niveau van gezondheidsvaardigheden en ongeplande zwangerschappen bestaat onduidelijkheid. Enkele studies vonden een verband, anderen niet. Vrouwen met ontoereikende gezondheidsvaardigheden zijn meer geneigd om vermijdingsgedrag te stellen ten opzichte van zorg. De oorzaak hiervan is niet geheel duidelijk, en dient individueel bevraagd te worden. Een review uit de Verenigde Staten spreekt over ontoereikende gezondheidsvaardigheden bij 9 tot 78% van de vrouwen afhankelijk van de bevraagde populatie en de gebruikte test (gemiddeld 46%). (23) Gegevens uit een studie georganiseerd door de Christelijke Mutualiteit in samenwerking met Université catholique de Louvain tonen aan dat 57 % van de Belgen over voldoende gezondheidsvaardigheden beschikt. Dit betekent dat meer dan vier op de tien Belgen te weinig gezondheidsvaardigheden heeft. Dit komt overeen met cijfers uit andere Europese landen, in Nederland is dit bijvoorbeeld 29%. (8,23,24) Het opleidingsniveau heeft een grote invloed op het niveau van gezondheidsvaardigheden, evenals de financiële mogelijkheden. Iemand in een situatie van materiële deprivatie heeft minder vaak voldoende gezondheidsvaardigheden. (25)

Laagopgeleide meisjes en migrantenjongeren hebben minder kennis rond anticonceptiemethodes dan hun hoger opgeleide of autochtone leeftijdsgenoten. Er bestaan bij hen een aantal misverstanden zoals het idee dat anticonceptie niet nodig is tijdens het geven van borstvoeding, angst voor onvruchtbaarheid na het gebruik van anticonceptie of angst voor ontstekingen bij het gebruik van het spiraaltje. Ook worden veel bijwerkingen aan de pil toegeschreven. (8)

Gelukkig kan het gebruik van op maat gemaakt educatief materiaal de kennis rond reproductieve gezondheid verhogen, zowel voor patiënten met ontoereikende als adequate gezondheidsvaardigheden, om zo eventueel het verschil in kennis rond reproductieve gezondheid veroorzaakt door ongeletterdheid te verminderen. (23) Huisartsen en andere hulpverleners moeten een grotere aandacht hebben voor de kwetsbaardere populatie. Ze kunnen leren om mensen met lage gezondheidsvaardigheden te herkennen en hun consultvoering aa aan te passen. (8)

3.2 Praktijkverbeterproject

3.2.1 Beschrijving populatie

In 2017 waren in WGC Watersportbaan 2718 patiënten ingeschreven, waarvan 38% patiënten met een verhoogde tegemoetkoming (in vergelijking met 15,4% gemiddelde Vlaamse bevolking). Bij de 80 geselecteerde vrouwelijke patiënten met een verhoogde kwetsbaarheid (er werd omwille van hoge prevalentie geen rekening gehouden met verhoogde tegemoetkoming), waren de meest voorkomende ziekte-elementen: drugsmisbruik, depressie, persoonlijkheidsstoornis en 'ander sociaal probleem'. (Tabel 1).

De gemiddelde leeftijd van deze 80 vrouwen was 31,6 jaar (range 16-45). Gemiddeld waren ze 1,7 keer zwanger (range van 0-8) en hadden ze 0,4 abortussen (range 0-7). De Vrouwen zitten allen nog in hun vruchtbare periode en de cijfers tonen dus niet de incidentie over de hele levensloop van deze vrouwen.

Voor 28 van de 80 vrouwen (35%) zijn er geen gegevens over het huidige gebruik van anticonceptiva in het dossier. Elf vrouwen (14%) gebruiken geen anticonceptiva, dertien (16%) van de vrouwen gebruikt langwerkende reversibele anticonceptiva, 26 (34%) van de vrouwen gebruiken gebruikersafhankelijke contraceptiva.

Tabel 2: Huidig anticonceptiegebruik van vrouwen in WGC Watersportbaan (augustus 2018)

Huidig anticonceptiegebruik	Aantal	Percentage
Geen	11	14
Geheelonthouding	1	1
IUD (koper- of hormoonspiraal)	6	8
Vaginale ring	1	1
Gecombineerde orale contraceptiva	24	30
Pleister	1	1
Prikpil	7	8
Sterilisatie	1	1
Ongekend	28	35

Voor 59 vrouwen (74%) vermeldt het dossier geen vaste arts. Dit betekent niet dat ze geen vaste arts hebben, of vaak bij dezelfde arts komen, maar wel dat het zonder de patiëntencontacten te bekijken het niet duidelijk is wie de vaste arts is, bijvoorbeeld voor de onthaalmedewerker.

3.2.2 Geselecteerde patiënten

Uit de 80 vrouwen met verhoogde kwetsbaarheid werden 20 vrouwen uitgenodigd voor een interview. Deze vrouwen werden op zo'n wijze geselecteerd dat er een zo divers mogelijke groep bekomen werd met betrekking tot leeftijd en voorgeschiedenis (Tabel 3). De vrouwen werden gecontacteerd via telefoon of e-mail, op basis van de contactgegevens in het dossier. Als er geen naam bij de voicemail te horen was liet de onderzoeker geen bericht achter maar belde later terug, bij geen gepersonaliseerde voicemail liet de onderzoeker een bericht achter en belde later terug. De onderzoeker belde de vrouwen maximaal vijf keer op en stuurde maximaal 2 e-mails, om drukking te vermijden.

Tabel 3: De 20 vrouwen geselecteerd voor interview: leeftijd, voorgeschiedenis, aantal zwangerschappen en abortussen, huidige anticonceptie (gegevens uit het dossier)

Patiënt	Leeftijd	ICPC-code	Zwangerschap	Abortus	Anticonceptie
A*	30	P80, P74, P76, Z29	3	0	Sterilisatie
B^	23	P80	0	0	?
C*	21	P80	?	?	OAC
D°	26	P80	5	2	OAC
E^	39	P76, P80	3	2	OAC
F*	28	P80, P85	2	1	Prikpil
G*	38	P76, P80, P85	?	?	Prikpil
H^	45	Z01	?	?	Koperspiraal
I°	37	Z01	4	0	OAC
J*	21	Z03	2	0	OAC
K^	40	Z03	3	0	?
L°	24	P01	4	1	-
M^	35	Z29	?	?	?
N°	36	Z29	?	?	?
O°	26	Z29	?	?	?
P*	41	P73	?	?	Prikpil
Q*	21	Z29	?	?	OAC
R°	43	P15, P19, P76, P80	1	0	Koperspiraal

S^	27	analfabetisme	2	1	OAC

** interview plaatsgevonden*

^ interview geweigerd

° onbereikbaar

OAC = orale anticonceptiva

Patiëntes B, E, H, K, M en S wensten niet deel te nemen aan de studie omwille van uiteenlopende redenen. Een van hen gaf aan dat het een onderwerp was dat voor haar herinneringen aan slechte periodes bovenbracht. Een andere vrouw uit deze groep verbleef in een andere stad voor onbepaalde tijd. Een andere vrouw was pril (ongepland) zwanger, en wenste daarom niet deel te nemen. Twee van deze vrouwen wensten niet deel te nemen maar gaven hiervoor geen reden op. Er was met hen een taalbarrière.

Vijf vrouwen waren niet bereikbaar via telefoon of e-mail die in het dossier te vinden was, zelfs na herhaalde pogingen. Met twee vrouwen werden afspraken vastgelegd, die ofwel enkele uren voordien werden afgebeld ofwel bleek de vrouw niet aanwezig te zijn op het afgesproken uur. Deze vrouwen werden op het moment van het interview opgebeld om een nieuwe afspraak vast te leggen. Ondanks herhaalde pogingen slaagde de onderzoeker er niet in deze vrouwen te interviewen.

Uiteindelijk waren zeven vrouwen bereikbaar en bereid tot een interview. Ook hier waren bij drie drie vrouwen verschillende afspraken nodig om tot een interview te komen. Vrouw F was de eerste afspraak vergeten (hoewel ze 1 dag op voorhand een sms-bericht ter herinnering had gekregen), waarna een huisbezoek gepland werd. Ook dit huisbezoek was ze vergeten, maar ze was wel thuis dus het interview kon doorgaan. Bij vrouw G werden vier afspraken vastgelegd waarvan ze er twee vergeten had (een afspraak in het centrum en een huisbezoek), een afspraak zegde ze enkele uren op voorhand af vanwege belastende week en de vierde belde ze af vanwege vertraging met de bus. De vijfde afspraak kon uiteindelijk doorgaan toen ze in opname was in een psychiatrisch ziekenhuis. Vrouw Q kwam niet opdagen op de eerste geplande afspraak, de tweede gemaakte afspraak werd gekoppeld aan een controle in verband met verlenging van arbeidsongeschiktheid en deze werd wel nagekomen.

3.2.3 Gegevens uit interviews

Moeilijkheden en drempels anticonceptiegebruik

Vrouwen gaven aan dat (gepercipieerde) bijwerkingen een negatieve kant waren aan anticonceptiegebruik. Een vrouw die de *minipil* nam rapporteerde hoofdpijn bij het gebruik van de

minipil, wat geleid heeft tot het stopzetten van het gebruik en het optreden van een ongeplande zwangerschap. Twee van de vijf vrouwen met ervaring met het gebruik van de *prikpil* rapporteerden een storende gewichtstoename, die geleid heeft tot het stopzetten van de prikpil en twee vrouwen rapporteerden pijn bij inspuiting als negatieve factor. Een vrouw vertelde over een hevige onttrekkingsbloeding bij vergeten van een opvolgafspraak. Er werd ook vermeld dat het plannen van een vervolgafspraak voor het krijgen van een volgende prikpil soms een probleem was, door een arts die geen tijd had of een vrouw die het vergat. Bij de *pilgebruiksters* rapporteerde een vrouw gewichtstoename, met stoppen van de pil tot gevolg. Een vrouw vermeldde angst voor trombose, waardoor voor haar de pil geen optie was. Het dagelijks nemen van de pil werd als lastig ervaren door twee vrouwen. Een vrouw gaf aan dat ze het niet zag zitten hier dagelijks aan te denken. De twee (jongere) vrouwen die *condoom* gebruiken als contraceptie (als enige of in combinatie met gecombineerde orale contraceptie), gaven aan dat een minpunt aan condoomgebruik de planning die eraan vooraf gaat is; een van de twee partners moet hiervoor zorgen, het kan zijn dat er op het moment zelf nog naar de winkel gegaan moet worden, het onderbreekt de flow van het seksuele contact. Een van de vrouwen vertelde ook dat sommige onervaren partners moeite hadden met het gebruik van een condoom, waardoor de erectie verdween en het voor beide partners geen succeservaring was. Toch vonden beide condoomgebruiksters het gebruik van condoom belangrijk, in die mate dat ze geen seksueel contact met penetratie zouden hebben zonder condoom. Er was slechts een vrouw die ervaring had met een *IUD*. Ze kon hierover weinig vertellen omdat deze na korte tijd geëxpulseerd was. In verband met het *hormonenstaafje* werd pijn bij plaatsing benoemd als negatieve kant. (Tabel 4)

Een vrouw gaf aan dat door de taalbarrière het bespreken van anticonceptie moeilijk was. Toch vond ze dat ze het gebruik van anticonceptie goed kende. Door de taalbarrière zou ze wel moeilijker naar de arts stappen om deze zaken te bespreken.

Drie vrouwen gaven aan dat dit een onderwerp was dat ze niet graag bespraken. Schaamte en desinteresse werden benoemd. Een vrouw vertelde dat ze door haar leeftijd en ervaring vond dat ze ook al genoeg kennis had, en hierdoor niet de noodzaak had om deze zaken te bespreken.

Een van de jongere vrouwen sprak ook over de druk die kon ervaren worden als jonge tiener door de leeftijdsgenoten. In sommige klasgroepen zou het zo zijn dat er een druk is om vroeg aan seks te beginnen en een stigma op nog maagd zijn. Informatie die door leerkrachten gegeven wordt in het kader van seksuele voorlichting zou voor deze jongeren van weinig belang zijn. Ze sprak over het onpersoonlijk zijn van zo een groepsles en het grotere vertrouwen in leeftijdsgenoten dan 'autoriteitsfiguren'.

Positieve kanten anticonceptie

Veel vrouwen gaven als eerste positief punt van anticonceptie aan dat het veilig was en ze er niet zwanger van worden.

Drie van de vijf vrouwen met ervaring met de *prikpil* vonden het veilig en gemakkelijk, omdat ze met een inspuiting beschermd waren en dan gerust waren voor drie maanden. Een van de gebruiksters haalde als positief punt ook aan dat ze bij het gebruik van de prikpil geen maandstonden had. Dit werd ook aangehaald door de vrouw met ervaring met de *minipil*; zij had zware maandstonden en voor haar was het belangrijk dat een toekomstige anticonceptiemethode haar hiervan vrijwaarde. De drie vrouwen die ervaring hadden met het *hormonenstaafje* gaven aan dat het gemakkelijk was omdat ze er na de plaatsing niet meer aan moesten denken. (Tabel 4)

De twee jongere vrouwen die het *condoom* gebruikten, vonden vooral het beschermende effect tegen seksueel overdraagbare infecties belangrijk.

De *pilgebruiksters* vonden het handig dat ze hiermee hun menstruatie konden plannen. Een van hen noemde de pil zelfs gemakkelijk in gebruik, mits gebruik van een wekker om zich er dagelijks aan te herinneren de pil te nemen.

Tabel 4: waardering anticonceptiemethoden bij de zeven geïnterviewde vrouwen

Methode	Pro	Contra
Prikpil	Veilig en gemakkelijk Maar om de drie maanden aan denken Geen maandstonden	Bijwerkingen – Gewichtstoename Pijn bij inspuiting Hevige onttrekkingsbloeding Problemen vastleggen vervolgafspraak
Minipil	Geen maandstonden	Bijwerkingen – Hoofdpijn
Gecombineerde orale anticonceptie	Regelen maandstonden Gemakkelijk in gebruik mits zetten wekker Niet pijnlijk	Dagelijkse inname lastig Bijwerkingen – Gewichtstoename Angst voor bijwerkingen – trombose
Staafje	Veilig en gemakkelijk Moet er zelf niet aan denken	Pijn bij plaatsing
Spiraal		Expulsie na korte tijd
Condoom	Bescherming tegen SOA	Lastig te plannen Doorbreekt de seksuele activiteit

		Moeilijk voor onervaren gebruikers

Motivatie om anticonceptie te gebruiken

De motivaties om anticonceptie te gebruiken waren onder te verdelen in vijf groepen: psychische moeilijkheden, situationele factoren, eigen ontwikkeling, financiële moeilijkheden en gezinsplanning (Tabel 5).

Vrouwen die psychische moeilijkheden aanhaalden keken zowel naar het belang van het kind, dat de nodige zorg moet krijgen als naar het belang van zelfzorg. Een alleenstaande moeder gaf aan dat het zorgen voor drie kinderen heel zwaar was voor haar, mede door haar eigen problematieken, en dat ze geen vierde kind wenste omdat ze het lijden van een kind opvoeden zonder vaste partner niet nog eens wilde meemaken. De twee jongere vrouwen gaven aan dat ze zich nog niet klaar voelden voor het zorgen voor en opvoeden van een kind, omdat ze nog zelf in volle ontwikkeling waren. Slechts een van de zeven geïnterviewde vrouwen gaf financiële redenen aan om op dit moment geen kind te wensen. Ook spreiding van de kinderen, het uitstellen van een zwangerschap bij nog een actieve zwangerschapswens, werd bij twee vrouwen als motivatie voor het gebruik van anticonceptie gegeven.

Tabel 5: Motivatie tot gebruik bij de zeven geïnterviewde vrouwen

Psychische moeilijkheden	"Ik denk dat we alletwee wel nog kinderen willen, maar dat dat niet verstandig zou zijn omdat we het alletwee te moeilijk hebben. Je moet voor kinderen kunnen zorgen, volledig. Omdat we alletwee ziek zijn tussen twee haakjes, allez we hebben in de psychiatrie gezeten, we hebben het al vree moeilijk." (P)
	" Moest ik goed geweest zijn zou ik eentje gewild hebben maar ja nu zie ik dat eigenlijk niet zitten. … Als ge hier zijt en uw kind zit alleen, dat gaat niet he." (G)
	"Als ge u zelf dan niet goed voelt in uw vel en zelf geen jeugd gehad hebt dan..." (A)
Situationeel	"Omdat ja, drie kindjes alleen opvoeden vraagt veel tijd en energie." (A)
	"Mijn mama was zelf vrij jong toen ze kinderen kreeg. En wij hebben niet het gemakkelijkste leven gehad ik en mijn broer. En ik had zoiets van als ik kinderen heb dan wil ik dat op dat moment ik mijn kind alles kan geven dat het nodig heeft, en ik kon dat niet. Ik kon nog niet voor mijzelf zorgen laat staan voor een baby'tje." (C)

	"Ik heb snel onnodige angsten dus bij de eerste keer dat ik die uitleg heb gehad was ik zo al van ik wil niet zwanger worden, ik wil geen ziektes." (Q)
Eigen ontwikkeling	"Ik wil nog meer dan alleen mama zijn" (A)
Financiële mogelijkheden	"Financieel zou het ook vree moeilijk zijn." (P)
Gezinsplanning	"Nu mijn kindjes zijn klein, maar ik wil als mijn kindje groter is nog zwanger worden" (J)
	"Soms ligt dat het is beter zo, geen kinderen, en dan een keer heb ik zoiets van okee ja ik wil toch een kind, maar misschien later want A. is nog maar net uit de pampers (…) Ik wil eerst zelf een beetje met mijn andere kinderen kunnen genieten en de problemen verbeteren die er nu zijn en daarna zie ik wel". (A)

Informatiebronnen anticonceptie

De zeven geïnterviewde vrouwen gaven aan dat ze voor informatie over anticonceptie bij een arts terecht zouden kunnen. Vier van hen zouden dit liefst bij een huisarts doen die ze kennen of vertrouwen. Een vrouw gaf aan dat ze nooit informatie zou opzoeken op het internet; ze gaf aan dat ze hiermee onvoldoende vertrouwd is en over het algemeen ook niet goed met technologie overweg kan. Drie vrouwen gaven aan het internet wel te gebruiken. Een vrouw zou gewoon via Google zoeken; een andere vrouw gaf aan op *www.sensoa.be* en *www.gezondheid.be* te kijken voor informatie rond anticonceptie. Een van de vrouwen die reeds een tienerzoon had, gaf aan dat ze met hem samen ook keek naar dokter Kaat op Ketnet. Drie vrouwen zouden ten rade gaan bij familie, vooral dan bij hun moeder, zus of nicht. Een vrouw zou bij ontevredenheid over het huidige anticonceptiemiddel eerder bij de gynaecoloog ten rade gaan dan bij de huisarts. De twee jongere vrouwen spraken over een veelheid aan informatie die ze tijdens de lessen seksuele voorlichting op school gekregen hadden. Een van de vrouwen gaf aan niet meer te weten waar ze de informatie die ze had over anticonceptie gekregen had. Ze zei dat het haar gewoon logisch leek dat zo'n dingen bestonden. Ze gaf wel aan dat het voor haar ook logisch was dat ze bij vragen bij de huisarts zou gaan.

Rol van de zorgverlener

Vier van de zeven geïnterviewde vrouwen gaf aan dat de band met de persoon van wie ze de informatie kregen belangrijk was (Tabel 6). Ze zouden opener praten met een dokter met wie ze een vertrouwensband hebben. De kwaliteit van de informatie was ook belangrijk, ze diende bevattelijk te zijn en toepasbaar op de specifieke situatie van de patiënt.

Tabel 6: Rol van de zorgverlener volgens de zeven geïnterviewde vrouwen

Kwaliteit van de band met de arts	"Mijn dokter kent mij van binnen en buiten. Ik vind dat wel voor mijzelf leuk, het is niet meer zo op het laatste moment wachten om bij de dokter te gaan het is zo van, ik ga bij den dokter gaan dan moet ik niet panikeren.'"(A)
	"Wel bij mij hangt dat vooral af van het gevoel dat ik bij mijn dokter heb Ik ben iemand die als ik, allez, dat betekent niet per se dat ik u niet vriendelijk vind, maar als ik mij op mijn gemak voel van den eersten indruk dan zit dat goed bij mij en dan ben ik daar vlot in om te praten." (C)
	"Het feit dat dat in groep wordt gegeven geeft toch wel het mindere belang aan, terwijl als die informatie echt wordt alleen gegeven en er wordt echt over ge praat en ge weet met wie dat ge aan het praten zijn ook." (C)
	"Als het nu een dokter is die ik nog maar een paar keer gezien heb ga ik nu niet direct heel mijn dingen vertellen, maar als ik die al een paar keer gezien heb dan wel. Allez als ik het zelf nodig vind." (Q)
Kwaliteit van de informatie	"want iedereen is anders en niet alles werkt voor elke persoon (....) Bij sommigen moet ge echt de nadruk leggen op de risico's en zeggen wat er fout kan gaan en dat ze beseffen van "ja ik wil dit niet, ik wil echt veilig zijn" (C)
	"Gewoon een goede uitleg en zo, en mij geruststellen" "Maar ik vind dat ze wat meer opener zou mogen zijn. Ja, ze is nogal *to the point*. Ik zou liever hebben dat ze dat wat meer uitgebreid uitlegt." (G)
	"Het ligt ook van dokter tot dokter, ik bedoel bij ** en ** heb ik meer een goed gevoel en zou ik rapper de stap nemen dan bijvoorbeeld bij ** of bij andere dokters. (…) De informatie die ik krijg is beter." (A)
Helpende interventies	"Je kan het gewoon zeggen. Ge kunt gewoon zeggen op een manier van 'bij ons kan je altijd terecht'. Dat is meer dan genoeg." (P)
	"Als ik dingen zou mogen veranderen zou ik bijvoorbeeld bij meisjes vooral, bij meisjes van twaalf jaar of bij jongens van twaalf jaar foldertjes of zo met informatie in qua anticonceptiemethodes wat er allemaal bestaat, ook naar SOA's toe enzo vind ik dat wel

	belangrijk (…) Ze moeten ermee geconfronteerd worden, zelfs al ligt dat gevoelig." (A)
Belang van voorlichting	"A ja, dat mensen niet altijd weten hoe dat die werking gaat en dat ze misschien te weinig op school zeggen enzo." (G)
	"Ik vind wel dat ze op school meer moeten met antieconceptiemiddels. (…) Ik bedoel ik vind dat wel belangrijk want soms als ik bij de dokter kom hoor ik ook dingen van 'ah kan dat?' dus zo ja, sommige dingen wist ik niet." (A)

Een vrouw gaf aan dat ze het belangrijk vond dat de huisarts tussen de lijnen kon lezen dat ze ergens over wou praten, maar ze wilde niet dat de arts haar daar op geregelde momenten over aansprak.

Drie van de vrouwen gaven aan dat ze het onderwerp zelf zouden aansnijden als ze er vragen over hadden.

De twee jongere vrouwen gaven aan dat seksuele voorlichting op school heel belangrijk was geweest voor hen. Een van de twee gaf ook aan dat ze het belangrijk vond dat er rekening werd gehouden met empowerment en zelfvertrouwen van de vrouw. Drie van de oudere vrouwen gaven aan dat ze het belangrijk vonden dat er vanop jonge leeftijd seksuele voorlichting gegeven wordt, op maat van het kind. Zij vertelden dat zij deze informatie niet van school uit gekregen hadden en zagen hier een groot belang in voor de jongere generaties. Een van deze vrouwen sprak ook over het gebruiken van de wachtzaal als informatiebron voor jongeren, door het neerleggen van folders of het gebruik van een wachtzaalscherm met gezondheidsinformatie zodat de jongere hier mee geconfronteerd wordt en zo meer geneigd zou zijn om vragen te stellen aan de zorgverlener.

3.2.4 Opstelling protocol

Het protocol (zie Bijlage 3) werd opgesteld volgens het gangbare sjabloon in het centrum. Uit de interviews en het literatuuronderzoek werden vier krachtlijnen gehaald: gestructureerde opvolging, proactief beleid, motivationele gespreksvoering en het opbouwen van een vertrouwensrelatie.

De gestructureerde opvolging wordt bereikt door afspraken in het centrum vast te leggen, met aandacht voor het opvolgen van gemiste afspraken. Als indeling werd gekozen voor de verschillende mogelijke contactmomenten met de vrouw. Vanaf het begin van de kennismaking van de vrouw met het centrum wordt het beleid uitgedragen. Dit komt naar voor in het betrekken van de medewerker die de inschrijving doet alsook de vragenlijst die de vrouw meekrijgt bij inschrijving. In deze vragenlijst wordt de obstetrische voorgeschiedenis bevraagd alsook de ervaring van de vrouw met anticonceptie. Bij een kennismakingsconsult met de arts wordt deze vragenlijst overlopen en kunnen vragen gesteld worden. De structuur wordt verder bekomen door het correct gebruik van het

medisch dossier. Hiervoor worden in het centrum afspraken gemaakt voor het coderen van zorgelementen alsook planningen. Bij elke vrouw van vruchtbare leeftijd (met of zonder zwangerschapswens) wordt een opvolgconsult anticonceptie gepland, op jaarlijkse basis. Vrouwen worden in het geval van een openstaande planning hierop aangesproken als ze op consultatie komen voor een ander probleem, zo worden ze aangespoord om een afspraak te maken bij hun vaste arts voor het bespreken van anticonceptie. Anticonceptie wordt ook op de agenda van het preventieconsult gebracht.

In het centrum zal er proactief gewerkt worden. De vrouw zal worden bevraagd over het al dan niet bestaan van een zwangerschapswens en de eventuele nood aan gebruik van anticonceptie, zelfs al is dit op dat moment niet haar hulpvraag. Het doel van deze proactieve werkwijze is het op de agenda stellen van seksuele gezondheid, en anticonceptie in het bijzonder, van deze vrouwen die meestal andere zaken vooraan op de agenda hebben. Door de vraag te stellen als arts en niet te wachten tot de vrouw zelf met vragen komt kunnen we preventief werken. Het feit dat de vraag gesteld wordt, zal voor de vrouw ook de deur openzetten; de vrouw weet dat zij in het centrum terecht kan voor het bespreken van deze zaken. Het proactief beleid gaat ook verder, er zal ook een wachtzaalthema volgen, met posters en informatie op het wachtzaalscherm, en berichtgeving in het wijkkrantje. Dit om de drempelvrees die er soms nog is om te praten over seksuele gezondheid, en in het kader van dit project anticonceptie, weg te werken.

Een belangrijke factor in het correct gebruik van anticonceptie is de motivatie van de gebruikster, zeker als het om gebruikersafhankelijke manieren gaat. Motivationele gespreksvoering wordt gebruikt in de hoop het correcte gebruik van anticonceptie en de tevredenheid van de gebruikster te verhogen. Aan motivationele gespreksvoering gaat een goede exploratie vooraf. Hiervoor dient de voorgeschiedenis van de vrouw uitgebreid bevraagd te worden, ook vroegere moeilijkheden en redenen van eventueel falen van anticonceptie in het verleden. De motivatie voor het gebruik dient ook besproken te worden: is er een inherente motivatie of wordt de motivatie van buitenaf opgelegd? Bij externe motivatie zal het gebruik voor de vrouw moeilijker vol te houden zijn bij bijwerkingen. Het uitgebreid bespreken van de verschillende mogelijke opties met voor- en nadelen zal ervoor zorgen dat de vrouw een geïnformeerde beslissing kan maken. Het bevragen van vooroordelen en angsten, waarna deze ontkracht of genuanceerd kunnen worden, zal het optreden van onverwachte redenen tot stoppen verminderen.

De geïnterviewde vrouwen gaven aan dat een arts die hen goed kent heel belangrijk is. Niet alleen wordt zo de drempel voor de vrouw verlaagd om vragen te stellen over onderwerpen waar ze liever niet over spreekt, ook geeft de arts informatie die beter aansluit bij de gezondheidsvaardigheden en

de specifieke situatie van de vrouw. In het protocol wordt aangegeven dat het belangrijk is om vanaf het inschrijven van de vrouw in de praktijk een vaste arts te kiezen en belangrijke consultaties door de vaste arts te laten voeren. Hoewel door een goed dossierbeheer het samenwerken in een groepspraktijk wordt bevorderd, is er best een vast aanspreekpunt die de specificiteiten van de situatie kent en die de persoonlijke moeilijkheden van de vrouw begrijpt. Een arts die bij consultatie een openstaande planning opmerkt in het dossier dient de vrouw aan te sporen om bij haar vaste arts een afspraak vast te leggen.

3.2.5 Terugkoppeling protocol

Na het opstellen van een eerste versie van het protocol werd het protocol opnieuw getoetst aan drie van de vrouwen. Het protocol werd ook besproken in vier andere wijkgezondheidscentra in Gent.

Vrouwen

Het bespreken van het protocol met de vrouwen verliep wat stroef. Ze vonden het een moeilijk concept om te vatten. Het idee van afspraken tussen de artsen in het centrum sprak hen wel aan, maar ze benadrukten alle drie het belang van aandacht voor eigenheid van de vrouw. Een vrouw sprak ook over moeite met het volgen van een te strenge structuur. Ze voelde dat aan als hoe een ouder met een kind zou omgaan. Een andere vrouw gaf aan dat ze afspraken rond haar opvolging liefst in overleg met de arts zou maken, dat zij ook inspraak zou hebben in voor haar geldende afspraken.

Het belang van een vaste arts werd door de drie vrouwen weer benadrukt. Toch zeiden ze dat ze in nood wel bij iemand anders zouden gaan. Ze voelden niet echt een drempel om over zaken te praten, zelfs met een arts die niet hun vaste arts was. Wel gaven ze aan niet telkens hun hele verhaal terug te willen vertellen aan een arts die hen niet kende. Een van de vrouwen opperde dat de inschrijving ook door een arts zou gebeuren, dit is echter niet haalbaar in het bestudeerde centrum.

Over het aanspreken van vrouwen zonder dat ze zelf een vraag stelden waren de meningen verdeeld, doch niet negatief. Een vrouw was hier eigenlijk onverschillig over. De andere vrouwen waren hier eerder positief over, een van hen gaf zelfs voorbeelden hoe ze het in het verleden al voordeel had gehaald door het feit dat een arts haar aansprak over iets dat ze zelf niet op haar agenda had staan; ze gaf aan dat artsen daar eigenlijk al bij jonge patiëntes mee mochten beginnen. Zij gaf twaalf jaar aan als goede leeftijd om te beginnen proactief over seksuele gezondheid te spreken, eventueel via school of CLB.

Het bespreken van de verschillende opties werd ook als belangrijk aangegeven, met ook voldoende praktische tips. Het bevragen van vroegere moeilijkheden wordt niet als iets negatiefs ervaren, maar weer werd het belang van het aanpassen van het beleid aan de individuele patiënt benadrukt.

Gentse Wijkgezondheidscentra

Bij twee WGC's werd een voorstelling gegeven op het artsenoverleg en werd in een brainstormsessie feedback gegeven. In een WGC was hier geen tijd voor en werd er een individueel gesprek met een van de artsen gepland. Het laatste overleg met het vierde centrum viel in het water door plotse drukte, maar feedback werd via mail verstuurd.

Over het algemeen waren de reacties op het protocol positief en zagen de artsen er het nut van in ter structurering van de opvolging. In één centrum bleken ze al ongeveer op die manier te werken, hoewel er andere afspraken waren rond planningen in het dossier. Deze planningen werden in alle centra positief onthaald, zeker als geheugensteuntje om nog eens iets ter sprake te brengen. Voldoende aandacht te zijn voor dossierhygiëne is dan wel nodig: het afsluiten van irrelevante of uitgevoerde planningen, zorgelementen op gepaste wijze afsluiten. Het steeds opnieuw aanmaken van een zorgelement 'vraag bestaan zwangerschap' werd in vraag gesteld. Deze consultaties gekoppeld zouden kunnen worden aan het zorgelement 'gezinsplanningsadvies' of de falende anticonceptiemethode, of er zou een eenmalig zorgelement 'vraag bestaan zwangerschap' gemaakt kunnen worden dat passief belangrijk staat, waar dan in vrije tekst wordt bijgehouden hoe vaak een zwangerschapstest gevraagd werd.

De onderverdeling van het protocol volgens contactmomenten was voor de meeste artsen overzichtelijk. Als extra contactmomenten werd een preconceptioneel consult geopperd. Bij aanvraag van een herhaalvoorschrift werd terecht opgemerkt dat de vrouwen die een herhaalvoorschrift vragen hun anticonceptiemethode gebruiken, en of het dan wel relevant is om deze vrouwen uit te nodigen op een gesprek. Uit de gesprekken met de artsen bleek dat het nut hiervan toch werd ingezien: het belang van het bevragen van de therapietrouw, het optreden van bijwerkingen en eventuele medische opvolging werd wel hoog ingeschat.

Een vaste arts werd overal als belangrijk aangehaald zeker bij de kwetsbare populatie; de artsen benoemden echter ook de moeilijkheden in deze populatie om tot een gestructureerde opvolging te komen. De vraag werd gesteld of het nuttig was dat deze vaste arts in de onthaalfiche genoteerd werd.

Jaarlijkse opvolging op medisch vlak en op vlak van therapietrouw werd door de meeste artsen als positief onthaald, maar dit dient ook wat breder getrokken te worden naar relationele en seksuele gezondheid. Op medisch vlak vonden de artsen het protocol niet uitgebreid genoeg, één arts vroeg zich af of alle artsen wel voldoende bijgeschoold waren in de meest frequente bijwerkingen en de aandachtspunten van de verschillende anticonceptiemethoden. Hiervoor opperde de arts het

bijvoegen van een extra bijlage met een kort overzicht van indicaties, contra-indicaties, bijwerkingen en noodzakelijke medische opvolging.

Voor het betrekken van andere zorgverleners zagen sommige artsen een opportuniteit. Eventueel het betrekken van een maatschappelijk werker om de sociale situatie verder uit te spitten (mocht dit nog niet gebeurd zijn), of de vrouw bij te staan bij het zoeken naar mogelijkheden om de anticonceptiemethode te betalen (bijvoorbeeld terugbetaling via OCMW). Ook de verpleegkundige zou betrokken kunnen worden. Een arts maakte hier wel de terechte opmerking dat niet alle verpleegkundigen de nodige kennis hebben en dat hier eerder een rol weggelegd is voor een vroedvrouw of een verpleegkundige met een extra opleiding.

Twee van de vier centra gaven aan dat het belangrijk is de partner te betrekken in anticonceptiekeuze, of deze op z'n minst toch ook de nodige voorlichting te geven. Zij hadden de ervaring dat sommige anticonceptie ook werd stopgezet op advies van de partner, vanwege het idee dat het ongezond zou zijn of de vruchtbaarheid zou schaden. Ook het SOA-risico dient op gepaste momenten met het koppel of de vrouw besproken te worden.

In drie van de centra werd de nadruk gelegd op te letten niet teveel van de verantwoordelijkheid bij de arts te leggen. Uiteindelijk hebben de vrouwen het heft in handen en dienen zij ook de verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid op te nemen.

Alle centra planden om met het protocol aan de slag te gaan in eigen centrum, en het aan te passen aan geldende afspraken.

Eigen centrum

Na bespreking met de artsen van andere WGCs en de vrouwen werd het protocol aangepast naar de definitieve versie. Deze werd voorgelegd aan de artsen van het bestudeerde centrum.

Over het algemeen was de mening over de krachtlijnen van het protocol positief. Volgens de artsen zou de structurering van de zorg zeker tot betere zorg leiden. Het belang van streven naar goede zorg werd als meer relevant aangegeven dan te veel te kijken naar gezondheidsuitkomsten. Er werd wel benadrukt dat het belangrijk is de anticonceptiezorg in het breder kader van contextuele zorg te zien.

Aanklampende zorg kan volgens de artsen zeker, maar met de opmerking dat de werkdruk bewaakt moet blijven. Er werden bezorgdheden geuit naar hoeveelheid gemiste afspraken en de werkbelasting van het proberen vrouwen op te bellen die onbereikbaar bleken. In het kader van deze opmerkingen moet er een grens gesteld worden aan de aanklampende zorg, en dient de opvolging op tijd losgelaten te worden.

Een vaste arts werd als zeer belangrijk benoemd maar soms moeilijk haalbaar, zeker voor deze kwetsbare populatie die naar aanvoelen van de artsen niet altijd planmatig kan werken. Toch spraken ze af patiënten te blijven aanspreken over de keuze van een vaste arts, maar zoveel mogelijk zorg te leveren op het moment dat de vrouw op afspraak is, zelfs al is deze afspraak niet bij de vaste arts.

Bij het bespreken van het protocol kwamen er nog een aantal ideeën naar boven met betrekking tot zorgsubstitutie. Parallelconsultaties met een specifiek opgeleide verpleegkundige of vroedvrouw werden aangehaald. Het zou nuttig kunnen zijn om vrouwen die nog met veel vragen zitten na de consultatie bij de arts aansluitend op gesprek bij de verpleegkundige of vroedvrouw te kunnen laten gaan. Er werd aangegeven dat dit praktisch moeilijk haalbaar zal zijn, en dat de drukte van de agenda van de verpleegkundige moeilijk te voorspellen is. Het leek de artsen ook niet haalbaar dat alle verpleegkundigen over verschillende onderwerpen voldoende geïnformeerd waren. Een andere mogelijke piste was het kiezen van een referentie-arts, een arts die bij vragen of problemen aanspreekpunt is. Dit zou ook eventueel een arts kunnen zijn die zich meer toelegt op het opvolgen van de seksuele gezondheid van kwetsbare vrouwen. Er werd voorgesteld de functie van de referentie-arts in te vullen door de werkgroep seksuele gezondheidszorg. Het toewijzen van de opvolging van de seksuele gezondheid van kwetsbare dient nog verder verkend te worde; dit zal gebeuren onder leiding van de werkgroep seksuele gezondheid.

4. Discussie

De anticonceptiezorg voor psychisch en sociaal kwetsbare vrouwen is een hele kluif, en net in deze groep van vrouwen is goede zorg zeer belangrijk. Uit literatuuronderzoek en interviews met zeven vrouwen ingeschreven bij WGC Watersportbaan blijkt dat de zorg niet altijd even vlot verloopt. Vrouwen met psychische en sociale kwetsbaarheid gebruiken minder vaak effectieve anticonceptiemethoden en zullen de gebruikte methode ook vaker stopzetten zonder overleg met een zorgverlener. Dit wordt verklaard door lage zelfzorg en een focus op andere levensdomeinen.

Vrouwen met een migratieachtergrond zijn een kwetsbare populatie. Langs de ene kant door culturele verschillen, maar ook door een grotere proportie vrouwen met een lage sociaal-economische status. De taalbarrière speelt een rol in de verminderde toegang tot zorg. Vrouwen met een voorgeschiedenis van middelenmisbruik zijn ook een populatie die extra aandacht verdiend. Door hun specifieke situatie zijn ze vaak moeilijk bereikbaar, financieel kwetsbaar en hebben bij contact met een hulpverlener vaak andere prioriteiten. Vrouwen uit een sociaal kwetsbare populatie hebben minder gezondheidsvaardigheden; ze missen de kennis om gezondheidsinformatie op te zoeken, te begrijpen, te waarderen en te implementeren.

Bij deze groepen moeten we de toegang tot en het correct gebruik van anticonceptiva, indien er geen zwangerschapswens is, verbeteren. Er zijn mogelijkheden tot verbetering op verschillende niveaus. Een van de meest omvattende en belangrijke, maar niet gemakkelijk te bereiken doelen is het verminderen van sociale ongelijkheid door het verbeteren van werkomstandigheden, tewerkstellingsgraad en opleiding. Hier dient op beleidsniveau (zowel nationaal, gewestelijk als stedelijk) zeker voldoende aandacht aan besteed te worden. Een ander belangrijk aandachtspunt op beleidsniveau is het bevorderen van de toegankelijkheid van eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen en gezinsplanningszorg in het bijzonder. Mogelijkheden voor het bevorderen van de toegankelijkheid zijn laagdrempelige inlooppraktijken met eventueel een *outreachende* component, verminderen of laten wegvallen van het remgeld en eventueel anonieme zorg. Ook terugbetaling van anticonceptie en opvolging hiervan voor bepaalde kwetsbare groepen kan de financiële last laten wegvallen.

Op praktijkniveau dienen bovenstaande suggesties ook toegepast te worden. Het is belangrijk dat we de laagdrempeligheid behouden. Het verhogen van de aandacht van de zorgverleners voor anticonceptiezorg zal er ook voor zorgen dat het onderwerp hoog op de agenda blijft staan. Kennis van de zorgverleners over terugbetalingsmodaliteiten kan de keuzevrijheid van de vrouw bevorderen.

Op individueel niveau kunnen we aandacht hebben voor de gezondheidsvaardigheden en persoonlijke situatie van de vrouw. Door het gebruiken van duidelijke taal met aandacht voor de

gevoeligheden van de individuele vrouw zal de motivatie van de vrouw verbeteren. Een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt zal de kwaliteit van de informatie verbeteren. Het is ook belangrijk aandacht te hebben voor de consultatiestijl van de arts.

Met het implementeren van een protocol op praktijkniveau hopen we de zorg voor deze vrouwen te verbeteren, door het structureren van de zorg en door anticonceptiezorg op de agenda van de zorgverlener te brengen. In de eerste fase van het project was het vooral belangrijk om een protocol te ontwikkelen dat gedragen werd zowel door zorgverleners als patiënten. Na de toetsing aan de twee belangengroepen is het protocol bijgestuurd. Na implementatie moet het protocol nog geëvalueerd worden. Ter evaluatie kunnen verschillende uitkomstmaten gebruikt worden, zoals tevredenheid van de patiënten en de zorgverleners, correct dossiergebruik en incidentie van ongeplande zwangerschappen. De laatste lijkt het meest aangewezen, maar kan bij te weinig vermindering ook leiden tot frustratie bij de zorgverleners. Het is immers zo dat er veel factoren zijn waar zorgverleners weinig tot geen invloed op hebben. In de praktijk zal de werkgroep seksuele gezondheid die opgericht is in het centrum het protocol na zes maanden evalueren en eventueel aanpassen.

In een groepspraktijk is een eenduidige aanpak, en een eenduidige registratie in het dossier, zeer belangrijk voor de samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Het gebruik van planningen en duidelijke zorgelementen kan voor continuïteit van zorg zorgen zelfs al zijn er verschillende zorgverleners betrokken. Het maakt ook de proactieve zorg gemakkelijker.

Een van de moeilijkste aspecten van zorg voor psychisch en sociaal kwetsbare vrouwen is het bereiken van deze groep. Daar is in dit project weinig aandacht voor. Door het implementeren van proactieve zorg hopen we de vrouwen te bereiken op een moment dat ze voor een andere vraag op opvolging op consultatie komen. Om de zeer kwetsbaren te bereiken kunnen andere eerstelijnshulpverleners zoals straathoekwerk ingeschakeld worden. Ook wijkgerichte projecten, wachtzaalthema's en laagdrempelige infoavonden behoren tot de mogelijkheden. Deze mogelijke acties worden voorgesteld aan de werkgroep seksuele gezondheid.

In dit protocol wordt vooral aandacht besteed aan de vrouw in kwestie, hoewel bij kwesties van gezinsplanningsadvies best beide partners betrokken worden. Bij deze kwetsbare vrouwen zijn echter niet alle relaties stabiel, en de meeste anticonceptiemethoden zijn afhankelijk van de gebruikster waardooor het belangrijk is de vrouw te bereiken en te motiveren tot gebruik. Voor de therapietrouw van de vrouw is het aan te raden om de partner te informeren en eventueel bij de beslissing te betrekken, indien de vrouw dit wenst en toelaat.

Bij het implementeren van een protocol is het belangrijk om aandacht te blijven hebben voor de actuele situatie, en het handelen aan te passen aan de individuele problematiek. Een protocol blindelings volgen is geen goede zaak.

Het protocol is in dit project vooral opgesteld voor de kwetsbare vrouwen. Het goed leren kennen van de situatie van de vrouw is een belangrijke stap in het inschatten van haar kwetsbaarheid. Hiervoor kan een intake gesprek nuttig zijn, maar ook een vaste arts die de vrouw goed kent is een voorwaarde. Vrouwen met een voorgeschiedenis van psychisch lijden, middelenmisbruik of sociale deprivatie zijn sowieso kwetsbaar. Er kan ook gekeken worden naar de obstetrische voorgeschiedenis van de vrouw: zijn er reeds ongeplande zwangerschappen geweest of is er sprake van anticonceptiefalen in het verleden? Het protocol is in een aangepaste versie ook te implementeren voor de algemene populatie. De proactieve aanpak zal daar waarschijnlijk minder noodzakelijk zijn, maar dit dient individueel bekeken te worden.

5. Besluit

Het implementeren van dit protocol is een eerste stap in een beleid rond seksuele gezondheid in het centrum. Het structureren van de zorg, het implementeren van een proactief beleid, motivationele gespreksvoering en het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de patiënten moet zorgen voor een verbetering van de anticonceptiezorg van de psychisch en sociaal kwetsbare patiënten van het centrum. Of het protocol leidt tot betere seksuele gezondheid zal zes maanden na implementatie geëvalueerd worden, door de werkgroep seksuele gezondheid. Er zal gepeild worden naar tevredenheid van artsen en patiëntes, het gebruik van het medisch dossier zal opnieuw in kaart gebracht worden. Het protocol is geen statisch gegeven. Het is een werkdocument dat doorheen de jaren zal worden aangepast aan praktijkgebonden en beleidsmatige ontwikkelingen.

Dit project moet in een bredere context van wijk- en praktijkgebonden verbeteringen gezien worden, en was een van de doelstellingen van de nieuw opgestarte werkgroep seksuele gezondheid.

Referenties

1. Lawrence B. Fine rand Mia Zolna. Shifts in Intended and Unintended Pregnancies in the United States, 2001-2008
2. Buysse A, Enzlin P, Lievens J, T'Sjoen G, Van Houtte M, Vermeersch H, et al. Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen: valorisatierapport. Gent: Academia Press; 2014.
3. Christine Dehlendorf, Lisa H Harris Tracy A Weitz. Disparities in Abortion Rates: a public health approach
4. Ongeplande zwangerschap in België: feiten en cijfers. Sensoa https://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/ongeplande-zwangerschap-belgie-feiten-en-cijfers geraadpleegd op 10/08/2018
5. De Wilde, M. Sociodemografische kenmerken tienerouders in Vlaanderen. Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck, Universiteit Antwerpen; 2009
6. Jongeren en ongeplande zwangerschap: feiten en cijfers. Sensoa. https://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/jongeren-en-ongeplande-zwangerschap-feiten-en-cijfers geraadpleegd op 10/08/2018
7. Anticonceptiegebruik bij Belgische jongeren en volwassenen: feiten en cijfers. Sensoa. https://www.sensoa.be/feiten-en-cijfers/anticonceptiegebruik-bij-belgische-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers. Geraadpleegd op 10/08/2018
8. Van en Muijsenbbeergh M, Oosterberg E. Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk. Tweede druk. Nederlands Huisartsengenootschap; 2017
9. Jones RK, Frohwirth L, Moore AM. More than poverty: disruptive events among women having abortions in the USA. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care (2013) 39:36-43
10. González-Rábago Y, Rodriguez-Alvarez E, Borrell L, Martín U. The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. BMC Public Health. 2017 17:69
11. Eskild A. Nesheim B. Nusund B. Vatten L. Vangen S. Childbearing or induced abortion: the impact of education and ethnic background. Population study of Norwegian and Pakistani women in Oslo, Norway. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86(3)298-3003
12. Rasch V. Gammeltoft T; Knudsen L.B. Tobiassen C. Ginzel A. Kempf L. Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. Eur J Public Health. 2008 Apr; 18(2): 144–149.
13. Scott RH, ajos N, Slaymaker E Wellings K Mercer CH. Understanding differences in conception and abortion rates among under-10 year olds in Britain and France: Examining the contribution of social disadvantage. PLoS ONE 12(11):e0186412
14. Steinberg JR, Tschann JM, Henderson JT, Drey EA, Steinauer JE, Harper CC. Psychological distress and post-abortion contraceptive method effectiveness level chosen at an urban clinic. Contraception 2013; 88(6)
15. Garbers S, Correa N, Tobier N, Blust S Chiasson MA. Association Between Symptoms of Depression and Cnontraceptive Method CHoices Among Low-Income Women at Urban Reproductive Health Centers. Matern Child Health J (2010) 14:102-109
16. Khadr SN, Jones KG, Mann S, Hale DR, Johnson AM, Viner ERM, Mercer CH, Wellings K. Investigating the relationship between substance use and sexual behaviour in young people in Britain: findings from a national probability survey. BMJ Open (2016) 6:e011961
17. Comford CS, Close HJ, Bray R, Beere D, Mason JM Contraceptive Use and Pregnancy Outcomes among Opioid Drug-Using Women: A retrospective Cohort Study. PLoS ONE (2015) 10(3):e0116231
18. Abdul-Khabir W, Hall T, Swanson AN, Shoptaw S. Intimate Partner Violence and Reproductive Health Among Methamphetamine-Using Women in Los Angeles: A Qualitative Pilot Study. J Psychoactive drugs (2014) 16(4): 310-316

19. Cameron S, Glasier A. Chen Z. Johnstone A. Dunlop C, Heller R. Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. BJOG (2012) 119;1074-1080

20. McCall SJ, Flett G. Okpo E. Bhattacharya S. Who has a repeat abortion? Identifying women at risk of repeated terminations of pregnancy: analysis of routinely collected health care data. J Fam Plann Reprod Health Care 2016;42:133-142

21. Yee LM, Simon MA. Perceptions of Coercion, Discrimination and Other Negative Experiences in Postpartum Contraceptive Counseling for Low-income Minority Women. Journal of Health Care fort he Poor and Underserved. (2011) 22:1387-1400

22. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models.BMC Public Health 2012 12:80

23. Kilfoyle KA, Vitko M, O'Conor R, Cooper Bailey S. Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review. Journal of Women's Health (2016) 25(13):1237-1255

24. Avalosse H, Verniest R, Vancorenland S, De Cock S, Gérard F, Cornerotte S, Van den Broucke S. Gezondheidsvaardigheden en informatiebronnen. CM-informatie (2017) 37-47

25. Sorensen K, Pelikan J, Rothlin F, Ganahl K, Soonska Z, Doyle G et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European Journal of Public Health. 25(6):1053-158

Bijlage 1: Protocol “Hoe kunnen we de anticonceptiezorg voor psychisch of sociaal kwetsbare vrouwen verbeteren?”

Doelstelling en verantwoording

Het verbeteren van de anticonceptiezorg bij vrouwen met psychische of sociale kwetsbaarheid. In onze praktijk zijn er veel sociaal en/of psychisch kwetsbare vrouwen. We bemerken ook veel vragen over ongeplande zwangerschappen. Er is slechts 1 protocol met betrekking tot anticonceptie in voege in de praktijk en dit gaat over de praktische planning van de toediening van de prikpil. Het lijkt aangewezen om na te gaan wat de noden zijn in deze patiëntengroep en de zorg voor anticonceptie en seksuele gezondheid te structureren. Door rond deze materie afspraken te maken en deze afspraken een plaats te geven in het dossier (in vorm van een planning) wordt gehoopt dat de zorgverstrekkers alerter zijn rond deze zorg en dat de zorg meer aangepast zal zijn aan de noden van onze populatie.

Vraagstelling

Wat zijn de barrières om tot een correcte anticonceptiezorg te komen bij vrouwen van vruchtbare leeftijd (tussen 16 en 45 jaar) met psychische of sociale kwetsbaarheid (diagnose van schizofrenie, psychose, persoonlijkheidsstoornissen, alcohol- of drugsmisbruik, lage SES, alleenstaande moeders,…) en hoe kunnen we ons beleid hierrond verbeteren.

Onderzoeksopzet

Na een literatuurstudie begint het praktijkverbeterend project. De huidige protocols worden bestudeerd. Daarna worden in de groep van ingeschreven patiënten de vrouwen geselecteerd van vruchtbare leeftijd met psychiatrische of sociale kwetsbaarheid. Dit kan met behulp van de zoekfunctie op basis van gecodeerde zorgelementen in het medisch dossier. Van deze patiënten worden dan demografische en klinische gegevens verzameld uit het dossier om een beeld te kunnen schetsen van deze specifieke deelpopulatie in onze praktijk. Enkele van deze vrouwen zullen geselecteerd worden (zo uiteenlopend mogelijke pathologie en belasting) en uitgenodigd worden voor een semigestructureerd interview rond anticonceptie en seksuele gezondheid.

Vragen:

Kan je me iets vertellen over je gezinssituatie? (bijvoorbeeld: alleenstaand, in een relatie, getrouwd, kinderen)

Bij wie kan je terecht met vragen over seksualiteit?

Doe je iets speciaals om niet zwanger te worden?

Wat?

Wat vind je goede kanten daaraan?

Wat vind je minder goede kanten?

Waarom gebruik je niets om niet zwanger te worden?

Welke andere manieren ken je om niet zwanger te worden?

Bij wie zou je gaan voor informatie om niet zwanger te worden?

Hoe zou de huisarts jou kunnen helpen om niet zwanger te worden?

Wil je hier nog iets aan toevoegen?

De bevindingen uit deze interviews zullen gebruikt worden om in een multidisciplinaire werkgroep een algemeen protocol op te stellen voor het aanpakken van anticonceptiezorg bij deze vrouwen (en meer uitgebreid bij alle vrouwen in de praktijk). Nadien zal dit nieuwe protocol worden afgetoetst bij collega's uit gelijkaardige praktijken.

Selectie participanten

Ongeveer 200-300 vrouwen worden geselecteerd voor dossierwerk door te zoeken bij de ingeschreven patiënten op relevante zorgelementen (A28, P15, P19, P24, P72 tem P77, P79, P80, P81, P85, P98, Z01, Z03 en Z29). Het zijn patiënten van vruchtbare leeftijd (hier gedefinieerd als 16-45 jaar). Uit deze grote groep van vrouwen worden er een tiental vrouwen geselecteerd op zo'n manier dat er een gevarieerde selectie is (verschillende zorgelementen, verschillende leeftijden, verschillende ernst van aandoening). Deze vrouwen worden telefonisch uitgenodigd voor een gesprek. Voor het begin van het semi-gestructureerde interview wordt het informed consent formulier overlopen met de vrouw en zal er ruimte zijn om vragen te stellen.

Duur studie

Van 04/2018 tot 07/2019.

Interventies en metingen

Na selectie van de patiënten verzamelen van demografische en medische gegevens. Enkele vrouwen worden diepgaand geïnterviewd over hun visie op anticonceptie en seksuele gezondheid.

Statistische verwerking gegevens

Neen

Ethische overwegingen – veiligheid

De vrouwen zullen bij telefonische uitnodiging kort geïnformeerd worden over de studie. Vlak voor het interview zal het formulier voor informed consent grondig besproken worden, hierbij zal ruimte zijn voor vragen. De vrouw kan het gesprek op elk moment beëindigen. De interviews zullen worden opgenomen waarna ze zullen worden opgeslagen op een externe harde schijf van de onderzoeker enkel toegankelijk met wachtwoord. De dossiergegevens en de gegevens die uit de interviews worden gehaald zullen gecodeerd worden verwerkt.

Verzekering: universiteit van de promotor = Prof. Dr. Hendrickx = Universiteit Antwerpen

Geplande methode

1) Selectie van patiënten van vruchtbare leeftijd met psychische of sociale kwetsbaarheid uit dossier en verzamelen demografische en medische gegevens.

2) Uitnodiging voor semigestructureerd interview rond anticonceptie (kennis hierrond, eigen gebruik, barrières om tot goed gebruik te komen). Achteraf krijgen ze uitleg aan de hand van een website. De website Zanzu.be zal met de vrouw worden overlopen zodat ze weet waar ze informatie kan vinden als ze nog vragen zou hebben.

3) Bekijken huidige protocollen in de praktijk en bevragen artsen over welke barrières zij opmerken. Voorstellen tot verbetering te doen aan de hand van barrières die uit beide groepen van interviews zijn gekomen.

4) Bespreken en aftoetsen van bevindingen bij collega's uit andere Gentse WGCs (aan de hand van een "ronde tafel")

Planning

Bekijken van de gangbare protocols in het centrum (februari 2018)

- ➔ Welke protocols met betrekking tot anticonceptiezorg zijn er?
- ➔ Worden ze correct geïmplementeerd? (dit eventueel in tweede tijd samen met bespreken van mijn nieuwe voorstel, zo moeten de artsen geen tweemaal bevraagd worden)

Literatuurstudie (februari-juni 2018):

Zoekstrategie moet nog opgesteld worden: via MeSH-termen op PubMed.

Patiëntselectie (februari-juni 2018):

Vrouwelijke patiënten van vruchtbare leeftijd (16-45 jaar)

- ➔ Selectie uit het dossier op basis van zorgelementen

  A 28 = Functiebeperking/handicap nao

  p15 = Chronisch alcoholmisbruik

  p19 = Drugsmisbruik

  P24 = Specifiek leerprobleem

  P72 = Schizofrenie

  P73 = Affectieve psychose (oa bipolaire stoornis)

  P74 = angststoornis

  P75 = somatisatiestoornis

  p76 = depressieve stoornis

  P77 = suicide/suicidepoging

  P79 = fobie/dwangstoornis

  P80 = persoonlijkheidsstoornis

  P81 = Hyperkinetische stoornis

  P85 = mentale retardatie

  p98 = psychose nao

  Z01 = Armoede/ financieel probleem

  Z03 = probleem met huisvesting/buurt

  Z29 = sociaal probleem nao

Bij Z29 en Z03 inschatting hoe relevant het probleem is met betrekking tot de onderzoeksvraag dmv nalezen voorgeschiedenis patiënt.

Opzoeken informatie in dossier (februari-juni 2018)

- ➔ Welke anticonceptie
- ➔ Anticonceptiefalen
- ➔ Relevante voorgeschiedenis (psychiatrische/sociale comorbiditeit, zwangerschappen, abortus)
- ➔ Opleiding/SES

Interviews (juni-november 2018):

Uitnodigen 10-tal geselecteerde patiënten (zo divers mogelijk qua leeftijd en comorbiditeit) voor gesprek over anticonceptie.

Verwerken interviews (juni-november 2018):

Aanpassen/opstellen nieuw protocol (december 2018):

Feedback collega's op protocol (timing = januari/feb 2019):

Bijlage 2: Goedkeuring Ethisch Comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. K. Hendrickx
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

Hoe kunnen we de anticonceptiezorg voor psychisch of sociaal kwetsbare vrouwen verbeteren? (Manama HA geneeskunde Vanhellemont Fien)

Belgisch Registratienummer: B300201836123

datum	ons kenmerk	contactpersoon
9/04/2018	18/10/113	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Peggy Jacobs ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 9/04/2018.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Vanhellemont Fien
- Informatie- en toestemmingsformulier NL aangepaste versie dd. 21/03/2018
  Versie 2
- Protocol aangepaste versie dd. 21/03/2018
  Versie 2

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
9/04/2018

ons kenmerk
18/10/113

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
- o Nooit opgestart
- o Vroegtijdig stopgezet
- o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. F. Vanhellemont, Universiteit Antwerpen - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

datum
9/04/2018

ons kenmerk
18/10/113

contactpersoon
Annelies Van Looy
Anniek Leeraert
Peggy Jacobs
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 24/10/2017.
Deze studie werd besproken op vergadering van 9/04/2018.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	-
Leden EC UZA			
BERVOETS An	Dermatoloog	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
SMETS Erika	Oftalmoloog	V	-
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	+
THEUNIS Bea	Apotheker	V	-
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	-
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	-
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	-
Toegevoegde leden UA			
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	-
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	-
Uitgenodigde Experten			
DE WINTER Benedicte	Farmacoloog	V	-
GOETHALS Sofie	Biobank manager	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 3: Praktijkprotocol

PROTOCOL: Anticonceptiezorg

Datum beslissing: [Publicatiedatum]
Datum opmaak protocol: 12/12/2018
Datum laatste aanpassing: 18/02/2019
Goedgekeurd door:

Betrokken disciplines: Arts, verpleegkundige, administratief medewerker
Doelgroep: Vrouwen van vruchtbare leeftijd, met nadruk op psychisch kwetsbare vrouwen
Kernwoorden: Anticonceptie, psychische kwetsbaarheid, sociale kwetsbaarheid

	Wanneer	**Wie**	**Wat**	**Registratie en documenten**
1.	Inschrijving	Administratief medewerker	- Correct noteren contactgegevens - Benadrukken bij wijzigen contactgegevens door te geven aan het centrum	Registratie contactgegevens in administratief luik
2.	Intakegesprek	Arts	- Bevragen huidig en vorig anticonceptiegebruik o Bevragen tevredenheid o Jaarlijks opvolgconsult plannen - Bevragen verloskundige voorgeschiedenis o Aantal zwangerschappen, aantal bevallingen, aantal miskramen, aantal abortus provocatus	Zorgelementen: W11 – orale anticonceptie W12 – Intra-uteriene anticonceptie, in vrije tekst specifiëren soort en dag van plaatsing W13 – Sterilisatie vrouw W14 – Andere vorm van anticonceptie vrouw, in vrije tekst specifiëren Planning: W63 – Opvolgconsult anticonceptie Zorgelementen: W79 – Zwangerschap, in vrije tekst $G_xP_yA_z$ W82 – Spontane abortus W83 – Abortus provocatus

	Wanneer	Wie	Wat	Registratie en documenten
			○ Bespreken omstandigheden AAP - Benadrukken keuze vaste arts	Registratie vaste arts in administratief luik.
3.	Opstart anticonceptie	Vaste arts (rol van VPK/VV?)	- Motivatie tot gebruik nagaan - Bevragen ideeën en percepties verschillende methodes - Bevragen moeilijkheden in het verleden - Gebruik van visuele hulpmiddelen - Bespreken SOA-risico - Informatie op papier mee te geven met patiënt - Bij opstarten nieuwe methode: opvolgconsult na 3 maand - Vaste arts na te vragen	Zorgelementen: W11 – orale anticonceptie W12 – Intra-uteriene anticonceptie, in vrije tekst specifiëren W13 – Sterilisatie vrouw W14 – Andere vorm van anticonceptie vrouw, in vrije tekst specifiëren Planning: W63 – Opvolgconsult anticonceptie
4.	Opvolgconsult anticonceptie	Vaste arts (rol van VPK/VV?)	- Bevragen tevredenheid - Gebruik bevragen - Moeilijkheden bevragen - Motivatie tot gebruik nagaan - Medische opvolging cfr richtlijn Domus Medica/NHG	W63 – Opvolgconsult anticonceptie slepen en herplannen
5.	Vraag bestaan zwangerschap	Vaste arts	- Navragen gewenstheid zwangerschap - Navragen laatste menstruatie - SOA-risico nagaan - Uitvoeren zwangerschapstest (HCG op urine) ○ Negatief + ongewenst ▪ Anticonceptieconsult ○ Negatief + gewenst ▪ Advies rond conceptie ○ Positief + ongewenst ▪ Bespreking opties	W01 – Vraag bestaan zwangerschap passief belangrijke aantal keer in vrije tekst

	Wanneer	Wie	Wat	Registratie en documenten
			⇨ Keuze voor AAP: verwijzing abortuscentrum + controleafspraak hier (aanklampend!) ⇨ Zwangerschapsopvolging o Positief + gewenst ▪ Zwangerschapsopvolging - Vaste arts	
6.	Preventieconsult	Vaste arts	- Navragen zwangerschapswens - Navragen anticonceptiegebruik o Ideeën bevragen o Tevredenheid bevragen o Motivatie bevragen	
7.	Consult	Arts	- Nakijken openstaande planningen o Uitvoeren o Patiënte uitnodigen voor vervolgconsult bij vaste arts	
8.	Aanvraag herhaalvoorschrift	Vaste arts/onthaal	- Onthaal zet taakje bij vaste arts - Consult < 1 jaar geleden, langdurige gebruikster: o Voorschrift - Consult <1 jaar geleden, nieuwe gebruikster o Opbellen, tevredenheid, motivatie en gebruik bevragen ▪ Correct gebruik + tevreden ⇨ voorschrift ▪ Geen correct gebruik of ontevredenheden	W63 – Opvolgconsult anticonceptie op ‘te doen-besproken’ zetten

	Wanneer	Wie	Wat	Registratie en documenten
			⇨ uitnodigen consultatie vaste arts - Consult >1 jaar geleden o Uitnodigen consultatie vaste arts	
9.	Aanvraag noodanticonceptie	Arts	- Anamnese: hoe lang geleden seksueel contact, anticonceptiegebruik nagaan. - SOA-risico inschatten - Bespreken optie koperspiraal vs morning after pil - Anticonceptieconsult	Zorgelement: W10: postcoitum anticonceptie Planning: W-63 opvolgconsult anticonceptie

Aanvullingen zie addendum Adviezen en aanbevelingen anticonceptiezorg, addendum infofiche anticonceptie

Bijlage 4: addendum praktijkprotocol: adviezen en aanbevelingen

- Belang van vertrouwensrelatie met vaste arts met volgende kwaliteiten: open, niet veroordelende houding, aandacht voor eigenheid van de patiënt.
- Vooroordelen en verwachtingen na te vragen. (“welke methodes ken je al? Welke zou je graag gebruiken en waarom? Welke zou je niet graag gebruiken? Wat vind je belangrijk aan een middel om niet zwanger te worden?)
- Voldoende informatie in begrijpbare taal te geven, een geheugensteuntje mee te geven.
- Rekening houden met niveau van gezondheidsvaardigheden van de patiënt. (Niet altijd goed in te schatten: vragen aan patiënt om terug uit te leggen wat je gezegd hebt “Ik wil graag even weten of ik een goede uitleg gegeven heb, kan je even in je eigen woorden herhalen wat je nu moet doen?”).
- Hoewel enkele vrouwen aangaven ze hier zelf over zouden beginnen kiezen we hier toch voor een pro-actieve aanpak, met jaarlijkse planning en registratie in het dossier.
- Belang van correcte registratie contactgegevens en vaste arts in het dossier.

Opstart anticonceptie bij vaste arts:

Grondige anamnese:

Navragen motivatie tot gebruik. *Het gebruik zal alleen maar succesvol zijn als de vrouw het ziet zitten om een methode te gebruiken. Liever een gemotiveerde pilgebruikster dan een methode op te starten die de arts ziet zitten maar de vrouw niet!*

Navragen verwachtingen/angsten anticonceptie. *Zo kan je vooroordelen ontkrachten, adviezen geven met betrekking tot bijwerkingen en een beter voorstel doen welke soort anticonceptie geschikt zou zijn.*SEP Bevragen moeilijkheden in het verleden. *In het kader van motivationele gespreksvoering: hoe kunnen we deze zaken vermijden, verbeteren.*

Eventuele contra-indicaties? *Het medische luik dient natuurlijk ook niet vergeten te worden. Welke medicatie neemt patiënte, zijn er interacties?*Inschatting SOA-risico? *Te bespreken in het kader van advies condoomgebruik concommitant aan ander anticonceptiegebruik.*

Grondige uitleg:

Met visuele hulpmiddelen elke methode overlopen. *Vb: zanzu.be, klapper van Kind en Gezin, seksualiteit.be*

Shared descisionmaking. *Belang van voldoende motivatie en zin om het middel te gebruiken. Voorkeur van arts voor langwerkende reversibele contraceptiva, maar liever gemotiveerde gebruikster!*

Opvolging bij vaste arts:

Op korte termijn (1-3 maanden) om bijwerkingen, therapietrouw, praktische vragen te bespreken

Op lange termijn (jaarlijks) medische opvolging, therapietrouw, bijwerkingen, motivatie, eventuele kinderwens

Dossier: Vaste arts, anticonceptiemethode (zelfs indien NIETS gebruikt wordt), opvolging bij planningen.

Bij ongeplande zwangerschap of vraag noodanticonceptie:

Verwachting patiënte te bevragen. Anticonceptiegebruik bevragen en reden van falen achterhalen. Hoe kan dit op te lossen zijn? Samen tot een actieplan te komen (eerder langwerkende reversibele anticonceptiva??)

Na zwangerschapsonderbreking opvolgconsult op korte termijn, voorkeur voor langwerkende reversibele anticonceptiva

Bijlage 5: Addendum 2 praktijkprotocol: infofiche anticonceptie

Bron: Domus Medica Richtlijn Hormonale anticonceptie (2011), NHG-standaard Anticonceptie (2011), Sensoa.be, SKP-fiche respectievelijke medicatie

Methode	PEARL	Gebruik	Belangrijkste contra-indicaties	Bijwerkingen	Medische opvolging
Gebruikerafhankelijk					
Pil	9	Dagelijkse op hetzelfde uur Mét of zonder stopweek In stopweek onttrekkingsbloeding Veilig bij begin op eerste dag menstruatie, anders 7d condoomgebruik	Borstkanker Borstvoeding <6 wk postpartum > 35j en roker Thrombo-embolie/gekende stollingsstoornissen Pulmonale hypertensie Migraine met aura Diabetes met vasculaire complicaties Leveraandoeningen Systemische Lupus Erythematosus BD > 160/95 mmHg Gebruik anti-epileptica, rifampicine, sint-janskruid, antriretrovirale middelen	Misselijkheid Hoofdpijn Lichte gewichtstoename Mastopathie (verbeteren meestal na 3 maanden)	Voor opstart: Bloeddruk BMI Gewicht Jaarlijks: Bloeddruk Nagaan nieuwe contra-indicaties
Mini-pil	9	Dagelijks op hetzelfde uur Zonder stopweek	Gebruik sint-janskruid, anti-epileptica Thrombo-embolie Leverfunctiestoornissen Hormoongevoelige maligniteiten Vaginale bloedingen zonder vastgestelde oorzaak	Ammenorroe Spotting Hoofdpijn Gewichtstoename	Voor opstart: Bloeddruk BMI Gewicht Jaarlijks: Bloeddruk Nagaan nieuwe contra-indicaties
Prikpil	6	3-maandelijkse injectie	Snelle zwangerschapswens na staking Vaginale of urinaire bloeding zonder bekende oorzaak	Ammenorroe Spotting Gewichtstoename	Voor opstart: Bloeddruk BMI

			Borstkanker Thrombo-embolie Leveraandoeningen		Gewicht Jaarlijks: Bloeddruk Nagaan nieuwe contra-indicaties
Vaginale ring	9	Om de drie weken insertie Mét of zonder stopweek	Idem pil	Vaginitisklachten Vaginale jeuk	Voor opstart: Bloeddruk BMI Gewicht Jaarlijks: Bloeddruk Nagaan nieuwe contra-indicaties
Pleister	9	Wekelijks nieuwe pleister Mét of zonder stopweek na drie weken	Idem pil Obesitas	Mastopathie (> pil) Misselijkheid (> pil)	Voor opstart: Bloeddruk BMI Gewicht Jaarlijks: Bloeddruk Nagaan nieuwe contra-indicaties
Condoom	18	Ad hoc gebruik SOA-bescherming! CAVE voorvocht	-	-	-
Ritme-methode	24	Geen seksueel contact tijdens vruchtbare periode	Onregelmatige cyclus Wisselende contacten	-	-
Niet gebruikerafhankelijk					
Hormonaal implantaat	0,05	Insertie door arts om de drie jaar	Idem prikpil (behalve snelle zwangerschapswens)	Ammenorroe Spotting	Vervanging na 3 jaar

				Acne Hoofdpijn Mastodynie	Zonder klachten geen controle nodig
Hormoonspiraal	0,2	Insertie door arts 3-5 jaar	Zwangerschap Progestageenafhankelijke tumoren Bestaande of recidiverende ontsteking in het bekken Immunosupressie cervixdysplasie Onverklaarde uteriene bloeding Bepaalde uterusanomalieën Leverfunctiestoornissen	PID Uterusperforatie Ammenorroe Spotting Buikpijn	Controle na 6 weken (na eerste menstruatie) => spiraal in situ? Zonder klachten nadien geen controle nodig, vrouw kan draadjes zelf voelen
Koperspiraal	0,8	Insertie door arts om de 5 jaar	Zwangerschap Gynaecologische infectie, afwijking of tumor onverklaarde vaginale bloedingen	PID Uterusperforatie Hevigere en langdurigere menstruatie	Controle na 6 weken (na eerste menstruatie) => spiraal in situ? Zonder klachten nadien geen controle nodig, vrouw kan draadjes zelf voelen
Sterilisatie (man/vrouw)	0,05/0,5	Operatief, permanent	Onvervulde kinderwens		

Opm: Contra-indicaties niet exhaustief, bekijk bij twijfel de bijsluiter. PEARL-index bij regulier gebruik.