Een beslishulp bij het anticonceptie-consult

Evaluatie door artsen

VAN PRAET Valerie, KULeuven

in samenwerking met SCHEEPERS Laure, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. SCHOENMAKERS Birgitte, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2020

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

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

ABSTRACT

Achtergrond: Het anticonceptiegebruik bij vrouwen in de vruchtbare periode neemt de laatste jaren toe. Meer dan 60% van de anticonceptiemiddelen wordt door huisartsen voorgeschreven. Het opstarten en opvolgen van anticonceptie is dus een belangrijke taak van de huisarts.

Een *patient decision aid* of een beslishulp helpt een patiënt en zijn zorgverlener tijdens deze consultatie. Het biedt een overzicht aan mogelijke anticonceptiemiddelen en stimuleert om na te denken over de eigen voorkeuren en medische kenmerken, voorafgaand aan de consultatie met de arts. Zo draagt een beslishulp bij tot een meer gezamenlijke besluitvorming (*shared decision making*).

Onderzoeksvragen: De kwaliteit en gebruiksvriendelijkheid van een nieuw ontwikkelde beslishulp rond anticonceptie, geëvalueerd door artsen. Ook wordt onderzocht wat de invloed van de beslishulp is op de consultatie en de mogelijkheid tot implementering in de praktijk.

Methode: Aan de hand van de IPDAS (International Patient Decision Aid Standards) checklist werd een beslishulp ontworpen op basis van bestaande richtlijnen, informatie van onafhankelijke medische websites en op basis van reeds ontwikkelde beslishulpen. Een kwalitatief en observerend onderzoek werd opgezet door middel van een online vragenlijst met als doel de beslishulp door artsen te evalueren.

Resultaten: Zo goed als alle artsen gaven aan dat de informatie in de beslishulp patiëntvriendelijk was met voldoende en correcte informatie. De meerderheid van artsen was overtuigd dat het gebruik van de beslishulp voorafgaand aan de consultatie zou leiden tot een beter geïnformeerde patiënt. Ook dachten de meeste artsen beter op de hoogte te zijn van de voorkeuren en medische gegevens van de patiënt. Dit kan volgens hen leiden tot een vlottere consultatie. Over hoe dit praktisch in de praktijk geïmplementeerd kan worden zijn de meningen meer verdeeld.

Conclusie: Deze studie toont aan dat de kwaliteit van de beslishulp door artsen hoog wordt ingeschat en dat artsen van mening zijn dat het kan bijdragen tot een betere kennis bij patiënten. De beslishulp kan mogelijks leiden tot een vlotter anticonceptieconsult. Om deze bevindingen te kunnen veralgemenen is uitgebreider onderzoek noodzakelijk.

Kernwoorden: Beslishulp, anticonceptie, shared decision making

INLEIDING

Het anticonceptiegebruik bij vrouwen in de vruchtbare periode neemt de laatste jaren toe. Uit een gezondheidsenquête blijkt dat er in België 83,8% van de seksueel actieve vrouwen van 15 tot 49 jaar in 2018 een anticonceptiemiddel gebruikten (1). Dit betekent een stijging van 5,4% in vergelijking met de cijfers uit 2013 (78,4%) en een stijging van 9,4% in vergelijking met cijfers uit 2004 (74,4%). De pil blijft het meest gebruikte anticonceptiemiddel (48,1%), gevolgd door het spiraaltje dat in opmars is.

Huisartsen schrijven meer dan 60% van deze anticonceptiemiddelen voor. Uit een Intego-onderzoek blijkt dat 1,73 op 1000 raadplegingen handelen over het thema anticonceptie, met uitzondering van intra-uteriene anticonceptie (2). Het opstarten en opvolgen van hormonale anticonceptie is dus een belangrijke taak als huisarts.

Een onderzoek naar de begeleiding bij het opstarten van een anticonceptiemiddel in de Vlaamse huisartsenpraktijk toont echter aan dat huisartsen inhoudelijk maar matig scoren tijdens deze consultatie. Zo wordt er onvoldoende bevraagd naar contra-indicaties, kans op zwangerschap en seksueel risicogedrag. Daarnaast gaven patiënten aan dat ze onvoldoende informatie kregen over bijwerkingen, mogelijke geneesmiddeleninteracties en noodanticonceptie (3). Ook in andere studies geven vrouwen aan dat zij onvoldoende geïnformeerd werden en er onvoldoende rekening werd gehouden met hun voorkeuren en bezorgheden (4).

Er bestaat een ruime waaier aan mogelijke anticonceptiemiddelen. De keuze voor een anticonceptiemethode is een individuele keuze die moet gebaseerd zijn op een goede voorlichting en advies door de huisarts. Het geven van correcte informatie en gepersonaliseerd advies zorgt namelijk voor een hogere tevredenheid en beter gebruik van het anticonceptiemiddel (5) (6).

Een patient decision aid of een beslishulp helpt patiënten bij het maken van zo een medische beslissing. Vele medische behandelingen hebben namelijk niet één enkele voorkeursoptie. De voorkeuroptie hangt af van de individuele voor- en nadelen en de voorkeuren van de patiënt. Een beslishulp is bedoeld om de patiënt en zijn arts te ondersteunen bij deze te maken keuze en heeft niet als doel een consultatie bij de arts te vervangen. Het kan gebruikt worden zowel voor, tijdens als na een consultatie. Het biedt informatie over de mogelijke opties en de voor- en nadelen en stimuleert daarnaast de patiënt om na te denken over zijn persoonlijke voorkeuren. Zo onderscheidt het zich van standaard educatiemateriaal zoals een patiëntenfolder: naast het geven van informatie stimuleert het de patiënt om expliciet na te denken over zijn te maken keuze op een gepersonaliseerde manier. Een beslishulp draagt zo bij tot een meer gezamenlijke besluitvorming (shared decision making), waarbij de patiënt meer betrokken wordt bij de te maken keuze. (7) Meer en meer vrouwen verlangen naar een actieve

deelname bij anticonceptieadvies (8). Studies hebben aangetoond dat patiënten die actief betrokken zijn bij hun keuzes in verband met hun gezondheid een hogere gezondheidsuitkomst hebben (9).

Voor dit onderzoek werd een beslishulp ontwikkeld omtrent anticonceptie, gebaseerd op richtlijnen en reeds ontwikkelde beslishulpen. De beslishulp wordt in de studie getest door artsen.

METHODEN

Onderzoeksopzet

Voor dit onderzoek werd een beslishulp opgesteld omtrent anticonceptie. Aan artsen werd gevraagd de beslishulp te doorlopen en daarna een korte enquête in te vullen ter evaluatie.

Onderzoeksvragen en uitkomstmaten artsen

Deze studie onderzoekt de kwaliteit van de beslishulp beoordeeld door artsen, de invloed op het consult beoordeeld door artsen en de mogelijkheid tot implementatie in de praktijk.

Design

Een kwalitatief en observerend onderzoek werd opgezet door middel van een online vragenlijst met als doel de beslishulp door artsen te evalueren. De beslishulp werd nog niet gebruikt in de praktijk.

Aan de hand van de IPDAS (International Patient Decision Aid Standards) checklist werd een beslishulp omtrent anticonceptiemiddelen ontworpen op basis van de richtlijnen 'anticonceptie' van NHG en Domus Medica, informatie van Gezondheid en Wetenschap, Thuisarts.nl en Sensoa en op basis van reeds ontwikkelde beslishulpen (10,11).

Deze beslishulp is tweeledig. Het bevat een informatief deel dat uitleg geeft over de verschillende methoden van anticonceptie. Daarnaast is er de feitelijke beslishulp die op basis van voorkeuren en medische kenmerken gepast advies geeft over mogelijke anticonceptiemiddelen. De beslishulp kan men online raadplegen via de site van Gezondheid en Wetenschap en via volgende link: https://www.gezondheidenwetenschap.be/beslissingshulp/anticonceptie

Het informatief gedeelte heeft als doel de patiënt een overzicht te geven van de bestaande anticonceptiemiddelen en correcte informatie per anticonceptiemiddel bij te brengen. Dit gedeelte is in de vorm van een slideshow en kan facultatief doorlopen of overgeslagen worden (*Zie bijlage 1*).

De feitelijke beslishulp start met enkele vragen om het profiel van de patiënt in kaart te brengen (geslacht, leeftijd, mogelijke zwangerschap). Nadien volgen vragen over de voorkeuren van de patiënt,

zodat de patiënt gestimuleerd wordt om na te denken over de eigen voorkeuren en deze mee in rekening kunnen gebracht worden. Zo wordt bijvoorbeeld bevraagd om welke reden zij anticonceptie wensen te gebruiken, of ze hormonale anticonceptie wensen te gebruiken, hoe lang ze dit willen gebruiken, etc. Nadien volgen enkele medische vragen om eventuele contra-indicaties voor bepaalde anticonceptiemiddelen uit te sluiten. Alle vragen van de feitelijke beslishulp kunnen teruggevonden worden in de bijlagen (*Zie bijlage 2*).

Op basis van de eigen voorkeuren en eventuele medische contra-indicaties worden de verschillende mogelijkheden weergeven. Indien gewenst kan men extra informatie over de mogelijke anticonceptiemiddelen terugvinden in het informatieve gedeelte.

De beslishulp eindigt met een overzicht van de verschillende anticonceptiemiddelen waarin deze worden vergeleken op basis van frequentie van gebruik, zelfcontrole door patiënt, hormonen die de middelen bevatten, effect op menstruatie, kans op zwangerschap en betrouwbaarheid van het middel (*Zie bijlage 3*).

Na het doorlopen van de beslishulp volgt er een online vragenlijst ter evaluatie. De vragenlijst voor artsen bestaat uit twaalf vragen. Negen van de twaalf vragen waren gesloten 'ja/nee-vragen'. Op één vraag kregen ze meerdere antwoordopties. Twee vragen waren open. Deze vragen werden opgesteld aan de hand van literatuur en reeds bestaande richtlijnen rond anticonceptie. (Zie bijlage 4).

Setting en deelnemers

De beslishulp met aanvullende vragenlijst is online te raadplegen op de website van Gezondheid & Wetenschap. Artsen werden gerekruteerd via mondeling contact, via online fora van jonge artsen (Facebook), via mail en via de nieuwsbrief van de lokale huisartsenkringen.

De beslishulp is gericht aan mannen en vrouwen in de vruchtbare periode met interesse of vraag naar een anticonceptiemiddel. Potentieel zwangere vrouwen werden geëxcludeerd gezien anticonceptie op hen niet van toepassing is. Ook vrouwen van 52 jaar en ouder werden geëxcludeerd omdat volgens de richtlijnen van NHG anticonceptie bij hen in principe kan gestaakt worden. Zij werden verwezen naar de beslishulp omtrent menopauze op de website van Gezondheid en Wetenschap.

De deelnemende onderzoekspopulatie werd na het doorlopen van de beslishulp gevraagd de korte enquête in te vullen. Elke arts, onafhankelijk van het specialisme, kon deelnemen. Wel werd de werving van deelnemende artsen voornamelijk gericht op huisartsen. Doordat artsen eerst de beslishulp dienden te doorlopen, werden artsen die potentieel zwanger zijn of vrouwen van 52 jaar of ouder (d.i. exclusiecriteria beslishulp) onbedoeld uitgesloten uit de studie.

Verzamelen van data

Voor dit onderzoek werd een beslishulp met aansluitende vragenlijst ontwikkeld met behulp van het programma 'Typeform'. Dit werd via de website van Gezondheid en Wetenschap online ter beschikking gesteld voor artsen. Gedurende een periode van 3 maanden (november 2019 tem januari 2020) werden data verzameld.

Data-analyse

De data werden univariaat en kwalitatief verwerkt.

Ethische commissie

Ethische goedkeuring voor dit onderzoek werd bekomen na invullen van een online toetsingsprocedure via SCONE (Dossiernummer MP009735).

RESULTATEN

Werving en respons

Gedurende een periode van drie maanden was de beslishulp online te raadplegen, zowel door patiënten als door artsen. 210 personen raadpleegden de beslishulp, waarvan 173 vrouwen (82,4%) en 37 mannen (17,6%).

De vrouwen die de beslishulp raadpleegden werden onderworpen aan exclusiecriteria voor deelname aan de studie. Vrouwen met de leeftijd van 52 jaar of ouder werden uitgesloten (n = 8; 4,6%). 165 vrouwen (95,4%) waren jonger dan 52 jaar. Hiervan gaven 9 vrouwen (5,5%) aan dat ze mogelijks momenteel zwanger waren. Ook deze vrouwen werden uitgesloten uit de studie. Na de exclusiecriteria bleven er zo 156 vrouwen over.

Uiteindelijk namen er 193 personen deel aan de studie, waarvan 156 vrouwen (80,8%) en 37 mannen (19,2%). Zij doorliepen de beslishulp volledig, met daarna een korte enquête ter evaluatie van de beslishulp. Deze enquête werd gesplitst in twee groepen: één enquête voor patiënten en één voor artsen. Van de deelnemers waren er 94 patiënten en 99 artsen. Het onderzoek naar de evaluatie door patiënten valt buiten deze studie. De resultaten van patiënten worden beschreven in de studie van Laure Scheepers.

Kenmerken van de deelnemende artsen

99 artsen doorliepen de beslishulp en vulden de enquête ter evaluatie van de beslishulp in. Van deze artsen waren er 46 huisarts in opleiding (46,4%), 41 feitelijke huisarts (41,4%), 4 gynaecoloog (4,1%) en 8 een andere specialisatie, niet verder gespecifieerd (8,1%). De gemiddelde leeftijd van de deelnemende artsen was 31 jaar, met als jongste leeftijd 23 jaar (vermoedelijk een student geneeskunde) en als oudste leeftijd 67 jaar.

Analyse van de enquête

Op de vraag of de woordenschat en informatie in de beslishulp duidelijk is voor patiënten, antwoordden 96 artsen positief. Twee artsen antwoordden negatief en één arts gaf geen antwoord op de vraag. 97,9 % vindt dus dat de informatie patiëntvriendelijk is. 86,9% (n = 86) vindt dat de beslishulp voldoende informatie biedt over het correct gebruik van anticonceptie, mogelijke bijwerkingen en tegenindicaties. 13,1% (n= 13) is hier niet mee akkoord. 82,8% (n = 82) denkt dat hij/zij dankzij de beslishulp beter op de hoogte zal zijn van de patiënt zijn of haar voorkeuren en medische gegevens, 16,2% (n=16) denkt van niet. Met de stelling dat vrouwen die voorafgaand aan de consultatie de beslishulp doorlopen beter zullen geïnformeerd zijn, gaan 90 artsen (90,9%) mee akkoord. 9 artsen (9,1%) trekken dit in twijfel. 97% van de artsen (n= 96) denkt dat het gebruik van de beslishulp voorafgaand aan een anticonceptieconsultatie kan bijdragen tot een vlottere en betere communicatie. 3% (n=3) is hier niet mee akkoord. De meerwaarde van de beslishulp om tot een meer gezamenlijke besluitvorming qua anticonceptiemiddel te komen, waarbij de patiënt centraal staat, schat 90,9% (n= 90) positief. De meningen over de vraag of dat dankzij de beslishulp het correct gebruik van en tevredenheid over het anticonceptiemiddel zal toenemen is meer verdeeld. 75,8% (n=75) denkt van wel, 24,2% (n=24) denkt van niet. Op de vraag of zij als arts de beslishulp zouden aanraden aan patiënten voorafgaand aan de consultatie antwoordde 55,6% (n=55) positief, 4% (=4) antwoordde negatief en 38,4% (n=38) antwoordde misschien. De redenen hiervoor waren uiteenlopend. Een reden die vaak (n= 14) terugkeerde, was dat het logistiek niet makkelijk haalbaar zou zijn om de beslishulp op voorhand te doorlopen. De hulpvraag van de patiënt is vaak niet gekend op voorhand of het doorgeven van de beslishulp ter voorbereiding op de consultatie is niet praktisch, ook rekening houdend met de GDPR-wetgeving. Een oplossing die twee artsen aanreikten is om de beslishulp mee te geven tijdens het eerste consult en er tijdens een tweede consult verder op in te gaan, maar dan moet de vraag tot anticonceptie worden uitgesteld. Een ander arts vindt het nuttiger om samen met de patiënt de beslishulp te doorlopen, om zo in te spelen op de vraag van de patiënt. Eén arts stelde voor om de hulpvraag van de patiënt reeds te beantwoorden tijdens het consult, maar de beslishulp mee te geven als herhaling van de reeds gegeven informatie. Nog andere artsen (n=3) vinden het te

omslachtig in de praktijk of te moeilijk voor patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden. Eén arts gaf aan dat hij reeds gebruik maakt van een andere informatieve website omtrent anticonceptie.

Vraag naar opmerkingen of suggesties

De enquête werd afgesloten met de mogelijkheid tot het geven van opmerkingen of suggesties. Enkele artsen gaven de opmerking dat het handig zou zijn indien er vanuit de beslishulp een link naar de informatieve slide over het anticonceptiemiddel aanwezig zou zijn. Een andere arts vond de tekst te uitgebreid, waardoor hij vreesde dat niet elke patiënt de tijd zou nemen dit te doorlopen. Nog een andere arts suggereerde meer kernwoorden. Andere artsen konden dit niet beamen, zij hadden als opmerking dat ze de beslishulp vlot in gebruik vonden met beknopte en nuttige informatie. Enkele artsen vonden het overzichtsschema op het einde erg nuttig en hadden dit graag kunnen downloaden.

DISCUSSIE

Uit dit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van de beslishulp door artsen hoog wordt ingeschat. Zo goed als alle artsen vinden dat de beslishulp duidelijke informatie en woordenschat bevat en dat de gegeven informatie ook voldoende is. Volgens de International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration is het bevatten van correcte informatie in patiëntvriendelijke taal één van de vereisten voor een goede beslishulp. De IPDAS Collaboration stelt ook dat een beslishulp de patiënt moet helpen om de persoonlijke waarden en voor- en nadelen te verduidelijken. Vier op vijf artsen geeft aan dat ze dankzij de beslishulp beter op de hoogte zullen zijn van de patiënt zijn of haar voorkeuren en medische gegevens. Deze cijfers doen dus vermoeden dat de kwaliteit van deze beslishulp hoog mag worden ingeschat.

Uit het deelnamecijfer blijkt dat zowel jonge als oudere artsen geïnteresseerd zijn in een beslishulp rond anticonceptie. De beslishulp werd gedeeld op enkele Facebook-platvormen van jonge artsen en een mail met informatie omtrent de beslishulp werd rondgestuurd naar verschillende huisartsenkringen in Vlaanderen.

Deze studie toont ook dat de beslishulp kan bijdragen tot een meer gezamenlijke besluitvorming. De grote meerderheid aan artsen is namelijk van oordeel dat patiënten beter zullen geïnformeerd zijn indien zij voorafgaand aan de consultatie de beslishulp doorlopen in vergelijking met vrouwen die de beslishulp niet doorlopen. Uit dit onderzoek blijkt ook dat meer dan vier op vijf artsen aangeeft dat zij dankzij de beslishulp beter op de hoogte zullen zijn van de persoonlijke voorkeuren en medische kenmerken van de patiënt. Deze bevindingen worden ook gerapporteerd in de literatuur. In

vergelijking met een standaard anamnese wordt er met een beslishulp meer nadruk gelegd op SOA-preventie, niet-contraceptieve voordelen, mogelijke contra-indicaties, werking en kostprijs (12). Een Cochrane review van Stacey et al uit 2017 (7) onderzocht 105 studies over beslishulpen. De review toonde aan dat de grootste meerwaarde van een beslishulp, in vergelijking met de standaardzorg, is dat patiënten een betere kennis en risicoperceptie krijgen over mogelijke opties en de voor- en nadelen. Doordat ze beter geïnformeerd zijn kunnen patiënten dan beter een afweging maken betreffende de persoonlijke waarde van deze voor- en nadelen. Deze afwegingen kunnen ze dan beter communiceren naar hun arts, waardoor deze beter op de hoogte is van de persoonlijke voorkeuren. Dankzij een beslishulp zal er dus een beter inzicht zijn en een meer gezamenlijke besluitvorming tot stand komen, waarbij de patiënt centraal staat. Het belang van deze patient centered care wordt benadrukt met de studie van Hibbard et al. (9). Patiënten die actief betrokken zijn bij hun keuzes in verband met hun gezondheid hebben een hogere gezondheidsuitkomst.

De invloed op de communicatie met de patiënt schatten zo goed als alle artsen (97%) positief in. Zij zijn van mening dat het gebruik van de beslishulp voorafgaand aan het anticonceptieconsult kan bijdragen tot een vlottere en betere communicatie. Het belang van goede communicatie tijdens het anticonceptieconsult wordt aangetoond in een studie uit 2016 (13). Men zag dat bij patiënten die een kwalitatief hoge interpersoonlijke zorg rapporteerden er een beter anticonceptiegebruik was. Met andere woorden was het meer waarschijnlijk dat zij het gekozen anticonceptiemiddel zouden blijven gebruiken en dat hun anticonceptiemethode na 6 maanden ook meer effectief is. Als we dit vergelijken met het oordeel van de deelnemende artsen in onze studie vinden we dezelfde bevindingen terug: 75,8% van de artsen denkt dat dankzij de beslishulp de tevredenheid over en het correct gebruik van het anticonceptiemiddel zal toenemen. Ook een systematic review uit 2013 toont een positief verband aan tussen de consult-ervaring van de patiënt, patiëntveiligheid, effectiviteit en de gezondheidsuitkomst (oa. therapietrouw) (6).

Slechts de helft van de artsen zou de beslishulp aanraden voorafgaand aan een anticonceptieconsult. De grootste reden hiervoor is dat het praktisch moeilijk haalbaar is. Een studie naar de Vlaamse kennis over anticonceptie bij jongeren toont nochtans aan dat er een groeiende vraag is naar online informatie (14). Het kan dan ook een aanbeveling zijn om de link naar de beslishulp beschikbaar te zetten op de website van hun huisartsenpraktijk.

Een arts had als opmerking dat de beslishulp niet voor elke patiënt kan gebruikt worden en dit afhankelijk is van hun interesse en geletterdheid. Dit wordt deels bevestigd in de literatuur. Niet elke patiënt heeft baat bij een uitgebreide uitleg of niet elke patiënt wenst een actieve rol (15). De communicatiestijl wordt best aangepast aan de patiënt zijn wens. Maar de studie van Hibbard toont

echter ook dat de wens tot actieve houding kan toenemen over de tijd door korte interventies. Het benadrukt zo het belang om patiënten te stimuleren een actieve houding aan te nemen. Daarnaast kon de systematic review van Stacey et al. geen nadelige effecten van een beslishulp aantonen op vlak van angst of algemene gezondheidsuitkomst.

LIMITATIES

Zoals elk onderzoek heeft ook deze studie enkele beperkingen. Bij het ontwikkelen van een beslishulp is het aangewezen om mogelijke gebruikers van de beslishulp hierbij te betrekken. De beslishulp in deze studie werd ontwikkeld door twee artsen, waarbij patiënten niet werden betrokken. Ter verdere optimalisatie van de beslishulp zou deze moeten bijgewerkt worden aan de hand van de verkregen evaluatie, alvorens deze verder te gebruiken in de praktijk.

Ook het programma waarin de beslishulp werd ontwikkeld heeft zijn limitatie. Het creëren van meerdere antwoordopties op de vraag 'Wat is je voornaamste reden voor het gebruik van anticonceptie?' was zeer omslachtig met een groot risico op fouten. Daarom kon men hier slechts één antwoordoptie aanduiden. Gezien de redenen voor gebruik van anticonceptie multiple kunnen zijn, zou de mogelijkheid tot aanduiden van meerdere opties een meerwaarde kunnen zijn. De patiënt kan dan zijn persoonlijke belangen beter weergeven, wat verder bijdraagt aan patient centered care. Ook het raadplegen van de beslishulp op een smartphone gaf bij sommige gebruikers een minder overzichtelijk scherm. Samenwerking met IT'ers zouden deze beperkingen mogelijks kunnen oplossen. De beslishulp is enkel beschikbaar in het Nederlands. Hierdoor is deze enkel geschikt voor Nederlandstalige artsen en patiënten.

Het onderzoek naar de kwaliteit en invloed van de beslishulp op het anticonceptieconsult is in deze studie gebaseerd op subjectieve rapportering door artsen. Een beoordeling op basis van observaties tijdens het anticonceptieconsult, aan de hand van een gevalideerde checklist, zou meer sluitend zijn. Ook werd de enquête ingevuld alvorens de beslishulp daadwerkelijk werd gebruikt tijdens een anticonceptieconsult.

IMPLICATIES VOOR IN DE PRAKTIJK

Deze studie toont aan dat artsen vinden dat de beslishulp kan bijdragen tot een betere kennis van mogelijke opties en hun voor- en nadelen. Hierdoor is er een beter inzicht in de persoonlijke

voorkeuren, waardoor er een meer gezamenlijke besluitvorming tot stand kan komen waarbij de patiënt centraal staat. Rekening houdend met het feit dat er steeds meer online informatie wordt opgezocht, kunnen we enkel maar aanbevelen dat deze beslishulp een belangrijke plaats verdient binnen het anticonceptieconsult. Het gebruik van de beslishulp in de praktijk lijkt voor vele artsen echter praktisch moeilijk haalbaar. Het vermelden van de beslishulp op de website van de huisarts zou kunnen bijdragen tot een frequenter en makkelijker gebruik van de beslishulp voorafgaand aan een anticonceptieconsult. De studie van Stacey et al kan trouwens geen verschil aantonen in voordelen wanneer de beslishulp voor of tijdens het consult gebruikt wordt. Ook op vlak van consultatieduur kon er weinig tot geen verschil worden aangetoond. De suggestie van een arts om de beslishulp samen met de patiënt te doorlopen kan dus in overweging genomen worden.

CONCLUSIE

De kwaliteit van de beslishulp wordt door artsen hoog ingeschat, met wetenschappelijk correcte en volledige informatie. Door het gebruik van de beslishulp voorafgaand aan een anticonceptieconsult zijn artsen beter op de hoogte van de patiënt zijn of haar persoonlijke voorkeuren en kenmerken, waardoor er een meer gezamenlijke besluitvorming tot stand komt. Dit draagt bij tot betere therapietrouw en een betere gezondheidsuitkomst. Voor de implementatie in de praktijk is het van belang deze beslishulp vlot toegankelijk te maken voorafgaand aan een anticonceptieconsult, dit door bijvoorbeeld een link naar de beslishulp beschikbaar te zetten op de website van de huisartsenpraktijk.

REFERENTIES

1. R. Charafeddine, E. Braekman, L. Gisle SD. Gezondheidsenquête 2018: seksuele gezondheid. Sciensano Rapp D/2019/14440/60 [Internet]. 2018 [cited 2020 Jan 28]; Available from: www.gezondheidsenquête.be

2. Bartholomeeusen S, Truyers C, Buntinx F. Ziekten in de huisartspraktijk in Vlaanderen (1994-2008). Leuven: Acco; 2010.

3. Peremans L, Rethans JJ, Verhoeven V, Debaene L, Van Royen P, Denekens J. Adolescents demanding a good contraceptive: a study with standardized patients in general practices. Contraception. 2005;71:421–5.

4. Jamin CG, Häusler G, Lobo Abascal P, Fiala C, Lete Lasa LI, Nappi RE, et al. Development and conceptual validation of a questionnaire to help contraceptive choice: CHLOE (Contraception: HeLping for wOmen's choicE). Eur J Contracept Reprod Heal Care. 2017 Jul 4;22(4):286–90.

5. Donnelly KZ, Foster TC, Thompson R. What matters most? The content and concordance of patients' and providers' information priorities for contraceptive decision making. Contraception. 2014;90:280–7.

6. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. Vol. 3, BMJ Open. BMJ Publishing Group; 2013.

7. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Apr 12;(4).

8. Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J. Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. Contraception. 2013;88(2):250–6.

9. Hibbard JH GJ. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. Health Aff. 2013;32(2):207–14.

10. Anticonceptie | Seksualiteit.be, seksueel gezond met Sensoa [Internet]. [cited 2019 Jan 29]. Available from: https://www.seksualiteit.be/anticonceptie

11. Faes D. Het eerste anticonceptieconsult, start van een meersporentraject? :1–66. Available from: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B78625db9-5250-0734-f55a-e2a17b29b993%7D_Het_eerste_anticonceptieconsult.pdf

12. Wyatt KD, Anderson RT, Creedon D, Montori VM, Bachman J, Erwin P, et al. Women's values in contraceptive choice: a systematic review of relevant attributes included in decision aids. BMC Womens Health. 2014 Dec 13;14(1):28.

13. Dehlendorf C, Henderson JT, Vittinghoff E, Grumbach K, Levy K, Schmittdiel J, et al. Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. Am J Obstet Gynecol. 2016 Jul 1;215(1):78.e1-78.e9.

14. Peremans L, Verhoeven V, Van Royen K, Denis L, Storms M. Contraception: a questionnaire on knowledge and attitude of adolescents, distributed on Facebook. Int J Adolesc Med Heal. 2016;28(4):407–12.

15. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. Patient Educ Couns. 2006;61:319–41.

BIJLAGE 1: INFORMATIEF GEDEELTE BESLISHULP

ANTICONCEPTIE

EEN HULP BIJ DE ZOEKTOCHT NAAR HET GEPASTE ANTICONCEPTIEMIDDEL

INFORMATIEF DEEL



Wat is een anticonceptiemiddel?

Een anticonceptiemiddel (een voorbehoedsmiddel) beschermt u tegen een zwangerschap wanneer u seksueel contact hebt en niet zwanger wil worden. De meeste voorbehoedsmiddelen beschermen niet tegen seksueel overdraagbare aandoeningen. Daarvoor is het gebruik van een condoom van groot belang.

Er zijn verschillende soorten voorbehoedsmiddelen. Ze verschillen onderling doordat ze andere bestanddelen bevatten en zo een andere werking hebben en/of omdat ze op een andere manier gebruikt worden.

De keuze van een voorbehoedsmiddel is een individuele keuze en is afhankelijk van je eigen voorkeuren, medische kenmerken en specifieke situaties.

SOORTEN VOORBEHOEDSMIDDELEN

- **Hormonale anticonceptie:**
  - 'gewone' pil (=combinatiepil)
  - Vaginale ring
  - Pleister
  - Minipil
  - Prikpil
  - Implantatiestaafje
- **Spiralen:**
  - Hormoonspiraal
  - Koperspiraal
- **Definitieve anticonceptie:**
  - Sterilisatie bij man of vrouw
- **Overige:**
  - Barrièremiddel: condoom, pessarium
  - Lactatiemethode
  - Onbetrouwbare methoden:
    - Natuurlijke anticonceptie
    - Coïtus interruptus
- **Noodanticonceptie**

DE PIL



Werking:

De pil bestaat uit een combinatie van oestrogenen en progestagenen, twee vrouwelijke geslachtshormonen. De progestagenen zorgen voor de anticonceptieve werking, de oestrogenen zorgen ervoor dat je een menstruatiecyclus hebt. De menstruaties worden meestal minder hevig en minder pijnlijk.

De pil werkt anticonceptief omdat:

- het de eirijping remt. Hierdoor vindt er geen eisprong plaats. Dit betekent echter niet dat je daardoor later langer vruchtbaar zal zijn.
- Het remt de uitrijping van het baarmoederslijmvlies, waardoor een mogelijke vrucht zich niet kan nestelen
- het beïnvloedt het baarmoederhalsslijm, waardoor spermacellen niet naar de baarmoeder kunnen zwemmen.

Gebruik:

Er zijn verschillende soorten 'generaties' pillen op de markt obv het soort progestageen dat de pil bevat. De tweedegeneratie-pillen worden het meest voorgeschreven, omdat ze het minste bijwerkingen hebben en het kleinste risico hebben op een trombose (= bloedklonter in een dieper gelegen ader).

De tablet wordt gedurende 21 (of 24) dagen rond hetzelfde tijdstip ingenomen. Daarna volgt er een stopweek, waarin de maandstonden optreden. Na een stopweek van maximum 7 dagen wordt de volgende pilstrip gestart. Wanneer je voor de eerste maal een pil start, wordt meestal gestart op de eerste dag van je maandstonden. Starten op een ander moment van je cyclus kan ook, maar dan ben je de eerste zeven dagen niet beschermd tegen zwangerschap. Een extra voorbehoedsmiddel is dan aangewezen (bv. condoom).

De pil heeft een positief effect op acné en vermindert menstruatiepijn. Tussen de verschillende soorten pillen is er een vergelijkbaar effect.

Betrouwbaarheid:

Bij correct gebruik van de pil is de kans op zwangerschap klein (0,3%). Dit betekent: Als 1000 vrouwen één jaar lang de pil slikken, worden er gemiddeld 3 vrouwen toch zwanger.

DE PIL



Bijwerkingen:

Door de aanwezigheid van oestrogenen is er een licht verhoogd risico op veneuze klonters, maar het algemene risico blijft erg laag (3,6 op 10 000 vrouwen per jaar). De ernst van deze toename is afhankelijk van soort pil. Pillen van de tweede generatie hebben het minst hoge risico. Vrouwen met een aandoening die reeds een verhoogd risico geven op veneuze klonters worden voorbehoedsmiddelen met oestrogenen ontraden, zoals tijdens de eerste drie weken na de bevalling of gekende stollingsstoornissen.

Rokende vrouwen ouder dan 35 jaar of rokende vrouwen met migraine met aura die de pil gebruiken hebben ook een licht verhoogd risico op hart- en vaatziekten.

De hormonen hebben een lichte invloed op het optreden van gynaecologische tumoren. Zo is er een licht verhoogd risico op baarmoederhalskanker bij langdurig gebruik. Ook is er een licht verhoogd risico op borstkanker, maar het risico neemt weer af na het stoppen van de pil. De risico's zijn zo laag dat men het niet als een reden ziet om pilgebruik te ontraden, tenzij je zelf borstkanker of baarmoederkanker hebt doorgemaakt. Het risico op baarmoederslijmvlieskanker en eierstokkanker wordt zelfs verminderd door de pil.

Het globale risico op kanker en de totale mortaliteit door kanker zijn niet verhoogd bij het gebruik van hormonale voorbehoedsmiddelen.

Mogelijke interacties:

In volgende situaties is er kans dat je pil minder goed werkt:

- Bij hevig braken of waterdunne diarree.
- Gebruik van medicatie tegen epilepsie (fenytoïne, fenobarbital, carbamazepine, primodon)
- Gebruik van Sint-janskruid
- Gebruik van medicatie tegen tuberculose (Rifampicine)

BELEID BIJ EEN VERGETEN PIL



Wanneer je meer dan 12 uur te laat bent met het innemen van je pil, dan geldt dit als **'een vergeten pil'.**

Volgende adviezen gelden bij een vergeten pil:

- **bij het vergeten van één pil binnen een pilstrip** is de kans op zwangerschap minimaal, zelfs als je deze pil vergeten bent tijdens de eerste week. Neemt alsnog de vergeten pil in, ook als dit betekent dat je op dat moment twee pillen dient in te nemen. Je dient geen extra voorbehoedsmiddel te gebruiken.
- **bij het vergeten van meerdere pillen binnen een pilstrip** neemt de kans op zwangerschap toe, vooral aan het begin van de eerste week. Het beleid bij meerdere vergeten pillen (2 of meer) is afhankelijk van de week waarin je je pil vergeet:
  - Week 1: laatst vergeten pil innemen en pilstrip afmaken. Er is kans dat je pil minder goed werk, daarom dien je de komende zeven dagen een extra voorbehoedsmiddel te gebruiken, zoals een condoom. Bij recent seksueel contact dien je je arts te raadplegen voor het bespreken van noodanticonceptie.
  - Week 2: laatst vergeten pil innemen en strip afmaken. In principe dienen geen extra maatregelen genomen te worden. Indien je vier of meer pillen vergeten bent dien je wel een extra voorbehoedsmiddel te gebruiken gedurende zeven dagen.
  - Week 3: hierbij heb je twee keuzes:
    - laatst vergeten pil innemen en doorgaan met de volgende strip zonder stopweek
    - vergeten pil niet innemen en direct inlassen van een stopweek. De eerst vergeten pil geldt als het begin van je stopweek.

Bij twijfel raadpleeg dan steeds je apotheker of arts!

VAGINALE RING



Werking:

De vaginale ring werkt op dezelfde manier als de pil. De hormonen worden via vaginale weg afgegeven, maar komen ook in je bloedcirculatie terecht.

Gebruik:

De vaginale ring moet je zelf vaginaal inbrengen, waarna deze gedurende drie weken ter plaatse blijft. Na drie weken moet de ring worden verwijderd en treden maandstonden op. Na één stopweek wordt een nieuwe ring ingebracht.

Tegenindicaties:

Een vaginale ring heeft dezelfde bijwerkingen als deze van een pil. Het risico op een veneuze klonter is gelijkaardig aan deze van een derde generatiepil.

Bijwerkingen:

Een vaginale ring kan klachten geven zoals meer vaginale afscheiding of jeuk. Bij erg harde stoelgang of bij het verwijderen van een tampon moet je opletten dat de ring aanwezig blijft.

Betrouwbaarheid:

Bij correct gebruik is de kans op zwangerschap klein (0,3%). Dit betekent: per jaar worden 3 van de 1000 vrouwen die de ring gebruiken wel zwanger.



HORMONALE PLEISTER



Werking:

De pleister werkt op dezelfde manier als de pil. De hormonen worden via je huid afgegeven, waarna ze in je bloedbaan terechtkomen.

Gebruik:

Gedurende drie weken wordt er elke week een nieuwe pleister aangebracht op je huid. Na drie weken is er een pleistervrije week en treden maandstonden op.

Bijwerkingen:

De pleister heeft dezelfde bijwerkingen als deze van de pil. Wel zou het een tweemaal hoger risico hebben op een veneuze klonter dan een pil.

Tegenindicaties:

De pleister is niet geschikt voor zwaarlijvige vrouwen, omdat er dan minder opname van hormonen is.

Betrouwbaarheid:

Bij correct gebruik is de kans op zwangerschap klein (0,3%). Dit betekent: per jaar worden 3 van de 1000 vrouwen die de pleister gebruiken wel zwanger.

MINIPIL



Werking

De minipil of 'progesteron only pil' (POP) bevat enkel het hormoon progesteron. Daarom is deze pil geschikt voor vrouwen die geen oestrogenen mogen innemen (di. vrouwen met een verhoogd risico op bloedklonters of andere hart- en vaatziekten, borstvoeding,...).

Progesteron voorkomt zwangerschap doordat:

- Het de eisprong remt en zo zorgt dat er geen nieuwe eicel vrijkomt uit de eierstokken. Zo kan er geen bevruchting van een eicel plaatsvinden.
- Het slijm aan de ingang van de baarmoeder taaier wordt waardoor zaadcellen moeilijker kunnen binnendringen.
- Het baarmoederslijmvlies minder dik zal worden waardoor het niet geschikt is voor innesteling van een eicel.

Gebruik

Je neemt dit pilletje continu dagelijks in rond hetzelfde tijdstip, zonder stopweek. In het begin van inname kan je menstruatie onregelmatig zijn. Meestal wordt na verloop van tijd je menstruatie lichter en kan deze zelfs wegblijven.

Het gebruik van de minipil vereist een stipte inname rond hetzelfde tijdstip.

Betrouwbaarheid

De minipil is ongeveer even betrouwbaar als de combinatiepil. Bij zorgvuldig gebruik is de kans op zwangerschap 0,3% per jaar. Dit betekent: Als 1000 vrouwen één jaar lang de minipil slikken, worden er gemiddeld 3 vrouwen toch zwanger.

PRIKPIL



Werking

De prikpil is een spuitje met het hormoon progesteron. Progesteron voorkomt zwangerschap door:

- Het remt de eisprong en zorgt dat er geen nieuwe eicel vrijkomt uit de eierstokken. Zo kan er geen bevruchting van een eicel plaatsvinden.
- Het slijm aan de ingang van de baarmoeder wordt taaier waardoor zaadcellen moeilijker kunnen binnendringen.
- Het baarmoederslijmvlies zal minder dik worden waardoor het niet geschikt is voor innesteling van een eicel.

Gebruik

Het spuitje wordt om de 3 maanden in de bil gespoten door een arts of verpleegkundige. In de eerste maanden kunnen de menstruaties onregelmatig zijn. Een lichte gewichtstoename is mogelijk.

Na stoppen van de prikpil duurt het 9 maanden eer je terug vruchtbaar bent. Het wordt daarom niet aangeraden indien je binnen de 2 jaar een zwangerschapswens hebt.

Betrouwbaarheid

De kans op zwangerschap is 0,3% per jaar. Dit betekent: per jaar worden 3 van de 1000 vrouwen die de prikpil gebruiken wel zwanger.

IMPLANTATIESTAAFJE



Werking

Het implantatiestaafje is een kleine staafje (4 cm lang, 2 mm dik) dat het hormoon progesteron afscheidt. Progesteron voorkomt zwangerschap door:

- Het remt de eisprong en zorgt dat er geen nieuwe eicel vrijkomt uit de eierstokken. Zo kan er geen bevruchting van een eicel plaatsvinden.
- Het slijm aan de ingang van de baarmoeder wordt taaier waardoor zaadcellen moeilijker kunnen binnendringen.
- Het baarmoederslijmvlies zal minder dik worden waardoor het niet geschikt is voor innesteling van een eicel.

Gebruik

Het staafje wordt door een arts onder de huid van een bovenarm geplaatst. Elke drie jaar moet dit vervangen worden (om de twee jaar bij overgewicht). Het terug uithalen van een staafje kan soms moeilijk zijn. In de eerste maanden kunnen de menstruaties onregelmatig zijn. Nadien worden ze meestal lichter en kunnen op termijn kunnen ze zelfs wegblijven. Mogelijke bijwerkingen zijn acne, hoofdpijn en gevoelige borsten.

Betrouwbaarheid

Het implantatiestaafje is even betrouwbaar als de pil, mits het goed geplaatst wordt. De kans op zwangerschap is 0,3% per jaar. Dit betekent: per jaar worden 3 van de 1000 vrouwen die het staafje gebruiken wel zwanger.

SPIRALEN

HORMOONSPIRAAL



Werking:

Een hormoonspiraal bevat enkel progestageen, waarvan gedurende 3 of 5 jaar dagelijks een kleine hoeveelheid wordt afgegeven in de baarmoeder. De hoeveelheid hormonen dat in de bloedbaan terechtkomt is tien tot dertig keer lager dan bij andere hormonale voorbehoedsmiddelen.

Het voorkomt zwangerschap omdat:

- het de uitrijping van het baarmoederslijmvlies remt, waardoor een bevruchte eicel zich niet kan innestelen
- het beïnvloedt het baarmoederhalsslijm, waardoor spermacellen niet naar de baarmoeder kunnen zwemmen.

In tegenstelling tot de pil blijft bij de meeste vrouwen de eisprong aanwezig tijdens het gebruik van een spiraal.

Gebruik:

Het spiraal wordt in de baarmoeder geplaatst tijdens een kleine procedure door een ervaren arts. De eerste maanden is er vaak onregelmatig bloedverlies. Na verloop van tijd worden de maandstonden minder en soms verdwijnen deze zelfs. De werkingsduur is afhankelijk van het merk van het spiraal drie tot vijf jaar.

Betrouwbaarheid:

De kans op zwangerschap is klein (0,1 tot 0,2% per jaar). Dit betekent: per jaar worden 1 à 2 van de 1000 vrouwen die het spiraal gebruiken wel zwanger.

SPIRALEN
HORMOONSPIRAAL



Bijwerkingen:

Het ontstaan van cystes op de eierstokken is hoger bij een hormoonspiraal, maar deze geven meestal geen klachten en verdwijnen spontaan. Soms zijn er bijwerkingen zoals pijnlijke borsten, hoofdpijn, acné, haaruitval of depressieve klachten.

Het risico op veneuze klonters is niet verhoogd, omdat het geen oestrogenen bevat.

Complicaties:

Na plaatsing is er de eerste drie maanden een verhoogd risico op een ontsteking in het kleine bekken, zeker bij aanwezigheid van een seksueel overdraagbare aandoening (SOA). Bij risico op de aanwezigheid van een SOA dient dit eerst onderzocht en behandeld te worden.

Bij één op twintig vindt er een spontane uitdrijving van het spiraal plaats. Dit risico is het grootst in het eerste jaar. Het kan onopgemerkt verlopen of kan licht bloedverlies of onderbuikspijn geven. Daarnaast is er ook een klein risico op baarmoederperforatie, waarbij het spiraal in de buikholte komt te liggen.

SPIRALEN
KOPERSPIRAAL



Werking:

Het koperspiraal geeft geleidelijk aan koper af in de baarmoeder. Dit koper doodt en immobiliseert zaadcellen, waardoor ze de eicel moeilijker kunnen bevruchten. Daarnaast zorgt het voor een ongunstig baarmoederslijmvlies waardoor een bevruchte eicel zich niet kan nestelen in de baarmoeder.

Het koperspiraal bevat geen hormonen.

Gebruik:

Het spiraal wordt tijdens een kleine procedure in de baarmoeder geplaatst door een ervaren arts. Het is onmiddellijk effectief na plaatsing. De werkingsduur is vijf tot tien jaar, afhankelijk van het merk.

Betrouwbaarheid:

De kans op zwangerschap is 0,1 tot 1% per jaar. Dit betekent: van de 1000 vrouwen die het koperspiraaltje gebruiken, raken er per jaar maximaal 10 toch zwanger.

Bijwerkingen:

Bij een koperspiraal worden de maandstonden meestal heviger en langer.

Complicaties:

Een koperspiraal heeft dezelfde complicaties als een hormoonspiraal.

DEFINITIEVE ANTICONCEPTIE
STERILISATIE

Wat?

Sterilisatie is een definitieve vorm van anticonceptie die enkel in aanmerking komt indien er geen kinderwens meer is. Zowel mannen als vrouwen kunnen zich laten steriliseren via een operatieve ingreep. Na sterilisatie dien je nooit meer een ander voorbehoedsmiddel te gebruiken, tenzij om je te beschermen tegen een SOA. .

Sterilisatie heeft geen invloed op de menstruele cyclus.

Sterilisatie is in principe onomkeerbaar en dus definitief. Je moet dus zeker zijn dat er geen kinderwens (meer) is. In zeldzame gevallen probeert men toch om een sterilisatie terug te herstellen maar dit lukt niet steeds.

DEFINITIEVE ANTICONCEPTIE
STERILISATIE

STERILISATIE BIJ DE MAN

Werking

Bij de man zal via een kleine operatieve ingreep (mogelijk onder plaatselijke verdoving) de zaadleider doorgeknipt worden. Hierdoor zullen er geen zaadcellen meer in het sperma zitten waardoor er geen bevruchting van de eicel bij de vrouw meer kan plaatsvinden. In de eerste drie maanden is het nog mogelijk dat er zaadcellen in het sperma terug te vinden zijn. Daarom dient men gedurende de eerste drie maanden nog een andere anticonceptiemiddel te gebruiken tot er dmv zaadonderzoek bevestigd wordt dat er geen levende spermacellen meer aanwezig zijn.

Betrouwbaarheid

Sterilisatie is zeer betrouwbaar om een zwangerschap te voorkomen. De kans op zwangerschap na een mannelijke sterilisatie is 0,1%, wat wil zeggen dat bij 1 op 1000 sterilisaties toch nog een zwangerschap ontstaat.



STERILISATIE BIJ DE VROUW

Werking

Bij de vrouw worden via een operatieve ingreep de eileiders onderbroken waardoor de eicellen de baarmoeder niet meer kunnen bereiken en zo geen bevruchting van de eicel meer kan plaatsvinden. Na sterilisatie is de vrouw onmiddellijk onvruchtbaar. Er dient dus geen ander anticonceptiemiddel meer gebruikt te worden.

Betrouwbaarheid

Sterilisatie is zeer betrouwbaar om een zwangerschap te voorkomen. Bij sterilisatie van vrouwen ligt de kans op zwangerschap wel hoger in vergelijk met sterilisatie bij mannen: bij 1 op 200 sterilisaties kan toch een zwangerschap ontstaan.

CONDOOM



Werking

Er bestaat zowel een mannelijk als een vrouwelijk condoom. Het mannelijke condoom is een rubberen hoesje dat je over een stijve penis moet aanbrengen. Het vrouwelijke condoom is een rubberen zakje dat je in de vagina steekt.

In beiden gevallen wordt het sperma door het condoom opgevangen zodat de zaadcellen niet verder geraken en zo wordt een bevruchting van een eicel voorkomen.

Het condoom is het enige voorbehoedsmiddel dat je beschermt tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) bij correct gebruik. Je dient het daarom ook steeds te gebruiken als je je wil beschermen tegen een SOA.

Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van het condoom is erg afhankelijk van het juist gebruik ervan. Bij zorgvuldig gebruik is de kans op zwangerschap tussen de 2 en 5% per jaar. In vergelijking met andere anticonceptiemiddelen is dit relatief hoog. Het is daarom aan te raden om naast een condoom nog een ander voorbehoedsmiddel te gebruiken om zwangerschap te voorkomen.

Bijwerkingen:

Gebruik van een condoom heeft geen invloed op je menstruatiecyclus. Je kan het zonder doktersvoorschrift gaan halen en gebruiken.

Bij overgevoeligheid voor rubber kan je uitslag en irritatie krijgen thv de penis of vagina. Gebruik in dat geval latex-vrije condooms.



CONDOOM



Tips voor correct gebruik:

- Controleer steeds de vervaldatum op de verpakking. Een vervallen condoom is niet meer betrouwbaar.
- Zorg ervoor dat het condoom niet scheurt bij het openen van de verpakking
- Doe het condoom tijdig om de stijve penis of plaats het in de vagina, voordat de penis in aanraking komt met de vagina. Voor het klaarkomen kan er ook al vocht dat spermacellen bevat vrijkomen.
- Bij het aanbrengen van het mannelijke condoom, knijp je het topje van het condoom samen terwijl je het afrolt over de penis. Zo ontstaat er een klein reservoirtje waar het zaad in opgevangen kan worden.
- Na het klaarkomen trek je de penis terug uit de vagina voordat de penis weer slap wordt. Hierbij houd je de rand van het condoom vast. Dit is belangrijk zodat er geen zaad lekt
- Knoop het condoom dicht en gooi het weg. Was ook steeds je handen zodat hier ook zeker geen zaadcellen op zitten die je op de vagina zou kunnen overbrengen.
- Gebruik nooit 2 condooms over elkaar! Dit zorgt ervoor dat ze makkelijker scheuren.

PESSARIUM

Werking en gebruik

Het pessarium of baarmoederkapje is een siliconen schildje dat voor de seks in de vagina voor de baarmoederhalsopening wordt geplaatst. Het moet steeds in combinatie met een zaadceldodende gel gebruikt worden. Na de seks dient het minimaal 6u nog in de vagina te blijven zodat alle zaadcellen dood zijn vooraleer je het pessarium terug verwijdert.

Betrouwbaarheid

Omdat het vaak niet op de juiste manier gebruikt wordt, is het een minder betrouwbaar voorbehoedsmiddel.

WEINIG BETROUWBARE METHODEN
NATUURLIJKE ANTICONCEPTIE



Werking

Bij natuurlijke anticonceptie of periodieke onthouding is het de bedoeling dat je berekent wanneer jouw eisprong en vruchtbare periode in je cyclus valt. Tijdens deze periode mag je geen seksuele betrekkingen hebben. Omdat deze periode berekend wordt op basis van je menstruatiecyclus, is deze ook enkel geschikt indien je een regelmatige cyclus hebt. Daarboven kan je eisprong ondanks een regelmatige cyclus niet steeds op hetzelfde moment plaatsvinden waardoor deze methode weinig betrouwbaar is.

Er zijn meerdere methoden om je eisprong en vruchtbare periode te achterhalen:

- kalendermethode
- temperatuurmethode

Voor meer uitleg verwijzen we naar: https://www.allesoverseks.be/natuurlijke-anticonceptie-zonder-hormonen

WEINIG BETROUWBARE METHODEN

COITUS INTERUPTUS OF TERUGTREKMETHODE



Wat?

Coitus interruptus of het terugtrekken van de penis juist voor de zaadlozing is geen betrouwbare methode om zwangerschap te voorkomen. Omdat er reeds vocht met zaadcellen (voorvocht) kan vrijkomen voor het klaarkomen van de man, kan er toch een eicel bevrucht worden en een zwangerschap plaatsvinden.

NOODANTICONCEPTIE



Wat?

Noodanticonceptie wordt gebruikt na onveilig vrijen, om alsnog een zwangerschap te voorkomen. Dit kan ofwel door het zo snel mogelijk innemen van de noodpil (best binnen de 72 uur), ofwel door het plaatsen van een koperspiraal (binnen de 5 dagen).

Contacteer je arts indien je onveilig seksueel contact had en geen zwangerschap wenst. Daarnaast kan je meer info over noodanticonceptie vinden op onderstaande link: https://www.gezondheidenwetenschap.be/richtlijnen/postcoitale-anticonceptie-noodanticonceptie

	PIL	RING	PLEISTER	MINIPIL	PRIKPIL	STAAFJE	HOR-MOON-SPIRAAL	KOPER-SPIRAAL	CON-DOOM	STERILI-SATIE
GEBRUIK	Elke dag	1x/maand	1x/week	Elke dag	Om de 3 maanden	Om de 3 jaar	Om de 3-5 jaar	Om de 5 jaar	Bij seksueel contact	1x operatieve ingreep
ZELFCONTROLE	Ja, zelf te slikken	Ja, zelf te plaatsen	Ja, zelf te kleven	Ja, zelf te slikken	Nee, inspuiting door arts	Nee, plaatsing door arts	Nee, plaatsing door arts	Nee, plaatsing door arts	Ja, zelf aan-brengen of door partner	Nee, uitvoering door arts
HORMONEN*	E+P	E+P	E+P	P	P	P	P	Geen	Geen	Geen
EFFECT OP MAANDSTONDEN	Maand-stonden tijdens stopweek, mogelijks lichter	Maand-stonden tijdens stopweek, mogelijks lichter	Maand-stonden tijdens stopweek, mogelijks lichter	Onregel-matig, lichter of geen maand-stonden	Onregel-matig, lichter of geen maand-stonden	Onregel-matig, lichter of geen maand-stonden	Onregel-matig, lichter of geen maand-stonden	Mogelijks hevigere maand-stonden	Geen effect	Geen effect
MOGELIJKHEID TOT OPSCHUIVEN OF UITSTELLEN MAANDSTONDEN	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
BESCHERMING TEGEN SOA'S	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	JA	nee
ZWANGERSCHAP IN TOEKOMST?	Onmid-dellijk na stop	Onmid-dellijk na stop	Onmid-dellijk na stop	Onmid-dellijk na stop	Duurt 9 maanden na stop	Onmiddellijk na verwijdering	Onmid-dellijk na verwijdering	Onmid-dellijk na verwijdering	Onmiddel-lijk na stop	Niet meer mogelijk
BETROUWBAARHEID	Goed	Goed	Goed	Goed	Goed	Goed	Zeer goed	Goed	minder goed	Zeer goed

*E = oestrogenen; P = progestagenen

BRONNEN

- Gezondheidenwetenschap.be
- Thuisarts.nl
- Allesoverseks.be
- Domus Medica richtlijn 'hormonale anticonceptie'
- NHG richtlijn 'Anticonceptie'
- Faes D. Het eerste anticonceptieconsult, start van een meersporentraject? :1–66. verkrijgbaar op: http://www.icho-info.be/masterproefpdf/thesis/%7B78625db9-5250-0734-f55a-e2a17b29b993%7D_Het_eerste_anticonceptieconsult.pdf

BIJLAGE 2: VRAGEN FEITELIJKE BESLISHULP

GEINFORMEERDE TOESTEMMING

1. Bent u akkoord dat uw gegevens anoniem verwerkt worden ter evaluatie van deze beslishulp?
    a. Ik ben akkoord
    b. Ik ben niet akkoord

PROFIEL PATIËNT

1. Wat is je geslacht?
    a. Man
    b. Vrouw
2. Wat is jouw leeftijd?
    a. Jonger dan 52 jaar
    b. Ouder dan 52 jaar
3. Is er een kans dat je momenteel zwanger bent?

VOORKEUREN

1. Wat is de voornaamste reden voor het gebruik van een voorbehoedsmiddel?
    a. Ik wil niet zwanger worden
    b. Ik heb veel last van mijn maandstonden
    c. Ik wil de regelmaat van mijn maandstonden kunnen beïnvloeden
    d. Ik heb veel last van puistjes (acné)
    e. Ik heb last van menopauzale klachten zoals opvliegers
    f. Ik wil me beschermen tegen een SOA
    g. Andere reden
2. Wil je dat je anticonceptie levenslang werkt?
    a. Ik wil definitieve anticonceptie en dus levenslang
    b. Ik wil geen definitieve anticonceptie en/of ik heb mogelijks nog een zwangerschapswens in de toekomst.
3. Hoe sta je tegenover hormonale anticonceptie?
    a. Ik wens geen middelen die hormonen bevatten
    b. Ik sta open voor hormonale voorbehoedsmiddelen
4. Heb je regelmatig een andere seksuele partner?
    a. Ja
    b. Nee
5. Hoe vaak wil je aan je voorbehoedsmiddel denken?
    a. Ik vind het niet erg om er dagelijks aan te denken en ik zie mezelf bekwaam om hier dagelijks aan te denken
    b. Ik wil hier zo weinig mogelijk aan denken

MEDISCHE EVALUATIE

1. Ben je recent (3 weken geleden of minder) bevallen?
    a. Ja
    b. Nee
2. Geef je momenteel borstvoeding?
    a. Ja
    b. Nee
3. Ben je 35 jaar of ouder en rook je?

a. Ja
b. Nee

4. Zijn een van volgende factoren bij jou aanwezig?
    a. Migraine met voorafgaande symptomen
    b. Gestoorde bloedstolling
    c. Voorgeschiedenis van hart- en/of vaatziekten (bloedklonters, hartinfarct, herseninfarct,...)
    d. Borstkanker of baarmoederkanker
    e. Leveraandoeningen
    f. Meerdere van bovenstaande factoren
    g. Geen van bovenstaande factoren

BIJLAGE 3: SCHEMATISCH OVERZICHT ANTICONCEPTIE

	PIL	RING	PLEISTER	MINIPIL	PRIKPIL	STAAFJE	HOR-MOON-SPIRAAL	KOPER-SPIRAAL	CON-DOOM	STERILI-SATIE
GEBRUIK	Elke dag	1x/maand	1x/week	Elke dag	Om de 3 maanden	Om de 3 jaar	Om de 3-5 jaar	Om de 5 jaar	Bij seksueel contact	1x operatieve ingreep
ZELFCONTROLE	Ja, zelf te slikken	Ja, zelf te plaatsen	Ja, zelf te kleven	Ja, zelf te slikken	Nee, inspuiting door arts	Nee, plaatsing door arts	Nee, plaatsing door arts	Nee, plaatsing door arts	Ja, zelf aan-brengen of door partner	Nee, uitvoering door arts
HORMONEN*	E+P	E+P	E+P	P	P	P	P	Geen	Geen	Geen
EFFECT OP MAANDSTONDEN	Maand-stonden tijdens stopweek, mogelijks lichter	Maand-stonden tijdens stopweek, mogelijks lichter	Maand-stonden tijdens stopweek, mogelijks lichter	Onregel-matig, lichter of geen maand-stonden	Onregel-matig, lichter of geen maand-stonden	Onregel-matig, lichter of geen maand-stonden	Onregel-matig, lichter of geen maand-stonden	Mogelijks hevigere maand-stonden	Geen effect	Geen effect
MOGELIJKHEID TOT OPSCHUIVEN OF UITSTELLEN MAANDSTONDEN	Ja	Ja	Ja	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
BESCHERMING TEGEN SOA'S	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	JA	Nee
ZWANGERSCHAP IN TOEKOMST?	Onmid-dellijk na stop	Onmid-dellijk na stop	Onmid-dellijk na stop	Onmid-dellijk na stop	Duurt 9 maanden na stop	Onmiddellijk na verwijdering	Onmid-dellijk na verwijdering	Onmid-dellijk na verwijdering	Onmiddel-lijk na stop	Niet meer mogelijk
BETROUWBAARHEID	Goed	Goed	Goed	Goed	Goed	Goed	Zeer goed	Goed	Minder goed	Zeer goed

*E = oestrogenen; P = progestagenen

Gebaseerd op schema uit Faes D. 'Het eerste anticonceptieconsult, start van een meersporentraject?' (11)

BIJLAGE 4: VRAGENLIJST ARTSEN

1. Wat is uw leeftijd?
2. Wat is uw specialisatie?
    a. Huisarts
    b. Huisarts in opleiding
    c. Gynaecoloog
    d. Andere
3. Denkt u dat de woordenschat en informatie duidelijk is voor de patiënt?
    a. Ja
    b. Nee
4. Biedt de beslishulp voldoende informatie over correct gebruik van anticonceptie, mogelijke bijwerkingen en tegenindicaties?
    a. Ja
    b. Nee
5. Denkt u dat u dankzij deze beslishulp beter op de hoogte zal zijn van uw patiënt haar voorkeuren en medische gegevens?
    a. Ja
    b. Nee
6. Denkt u dat vrouwen die voorafgaand aan de consultatie de beslishulp hebben doorlopen beter zullen geïnformeerd zijn dan vrouwen die de beslishulp niet hebben doorlopen?
    a. Ja
    b. Nee
7. Denkt u dat het gebruik van deze beslishulp voorafgaand een anticonceptieconsultatie kan bijdragen tot een vlottere en betere communicatie?
    a. Ja
    b. Nee
8. Denkt u dat er dankzij de beslishulp een meer gezamenlijke besluitvorming qua anticonceptiemiddel tot stand zal komen, waarbij de patiënt centraal staat?
    a. Ja
    b. Nee
9. Denkt u dat dankzij de beslishulp het correct gebruik van en tevredenheid over het anticonceptiemiddel zal toenemen?
    a. Ja
    b. Nee
10. Zal u de beslishulp aanraden aan patiënten voorafgaand aan de consultatie?
    a. Ja
    b. Nee
    c. Misschien
11. Waarom zou u de beslishulp niet aanraden aan patiënten voorafgaand aan de consultatie?
12. Wat zijn uw opmerkingen of suggesties voor deze beslishulp?