Een beslishulp bij het anticonceptie-consult

Evaluatie door patiënten

SCHEEPERS Laure, KULeuven

In samenwerking met VAN PRAET Valerie, 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 (NEDERLANDS)

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 wordt geëvalueerd door patiënten. Ook wordt onderzocht wat de invloed van de beslishulp is op de kennis omtrent anticonceptie van de patiënt.

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 patiënten te evalueren.

Resultaten: Het gebruik van de beslishulp werd positief onthaald door patiënten. Patiënten gaven aan beter op de hoogte te zijn van de voor-en nadelen van anticonceptiemiddelen en dachten beter voorbereid te zijn op een raadpleging bij hun arts omtrent anticonceptie. Voor een minderheid van patiënten was het een hulp bij de keuze van anticonceptie. De beslishulp was goed te begrijpen voor patiënten en makkelijk in gebruik.

Conclusie: Deze studie toont aan dat patiënten vinden dat er dankzij de beslishulp een beter inzicht is in de mogelijke opties van anticonceptiemiddelen met hun voor- en nadelen. Dit kan mogelijks leiden tot een vlotter anticonceptieconsult bij de arts. Om deze bevindingen te kunnen veralgemenen is uitgebreider onderzoek noodzakelijk.

Kernwoorden: Beslishulp, anticonceptie, shared decision making

ABSTRACT (ENGLISH)

Background: The use of contraception by women during their fertile period has increased in the past years. More than 60% of contraception is prescribed by general practitioners. GP's have a key role in starting the patient's use of contraception and also in the follow-up. A patient decision aid could help both the patient and the healthcare provider during the consult. A decision aid provides an overview of different treatment options within contraception. Furthermore, it can also help to encourage the patient to consider their preferences and medical history. The patient can use the decision aid in preparation of a doctor's visit, or it can be used during the consultation by the GP. The use of the decision aid during the visit, can contribute to shared decision making.

Aim of the study: Investigating the quality and convenience of a new decision aid, evaluated by patients. The impact of the decision aid on the knowledge of the patient about contraception was also viewed.

Methods: A decision aid was designed with use of the IPDAS (International Patient Decision Aid Standards) checklist. This decision aid is based on Flemish and Dutch GP guidelines, information from independent evidence based information websites and on pre-existing decision aids. A qualitative and observational study was conducted through an online questionnaire with the aim to evaluate the view of patients on the decision aid.

Results: In general, patients had a positive attitude towards the use of the decision aid. Patients indicated that the tool provided better insights into the advantages and disadvantages of contraceptives and thought they felt better prepared for a consultation with their physician regarding contraception. For a minority of patients, it was a help in the choice of a contraceptive. Patients indicated that the decision aid was understandable and easy to use.

Conclusion: This study shows that patients agree that the use of the decision aid gives a better insight in contraceptive options with both the advantages and disadvantages. This could facilitate a smoother consultation about contraception. Extensive research is needed to generalise these findings.

Keywords: Decision aid, contraception, 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 deze studie geëvalueerd door patiënten.

METHODEN

ONDERZOEKSOPZET

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

Er werd onderzocht of de beslishulp een invloed heeft op de kennis en het inzicht omtrent het gebruik van anticonceptie bij patiënten. Ook werd nagegaan of de beslishulp voldoende gebruiksvriendelijk is.

DESIGN

Een kwalitatief en observerend onderzoek werd opgezet door middel van een online vragenlijst met als doel de beslishulp door patiënten te evalueren.

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. Deze vragen werden opgesteld aan de hand van literatuur en reeds bestaande richtlijnen rond anticonceptie. Dit waren 17 vragen voor patiënten *(zie bijlage 4)*. Er werd gevraagd naar hun leeftijd en geslacht. 12 van de 17 vragen waren gesloten 'ja/nee-vragen'. Bij twee vragen konden ze kiezen uit verschillende antwoordopties. De vragenlijst werd beëindigd met een open vraag naar opmerkingen of suggesties.

SETTING EN DEELNEMERS

De beslishulp met aanvullende vragenlijst is online te raadplegen op de website van Gezondheid & Wetenschap. Patiënten werden gerekruteerd door het delen van de link via sociale media (Facebook), via mondeling contact en via flyers in de praktijk.

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.

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. 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 3 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 artsen valt buiten deze studie. De resultaten van de artsen worden beschreven in de studie van Valerie Van Praet.

KENMERKEN VAN DE DEELNEMENDE PATIËNTEN

94 patiënten doorliepen de beslishulp met de aanvullende enquête volledig. Het ging om 7 mannelijke en 87 vrouwelijke patiënten. 54,3% (n=51) kwam in aanraking met de beslishulp via een kennis, 36,2% (n=34) via sociale media, 8,5% (n=8) via hun huisarts en 1,1% (n=1) via de site van Gezondheid en Wetenschap.

GEBRUIK VAN ANTICONCEPTIEMIDDELEN

84% (n=79) van de patiënten was seksueel actief, 16% (n=15) was niet seksueel actief. 90,4% (n=85) gebruikte al een anticonceptiemiddel, 9,6% (n=9) van de patiënten gebruikte geen voorbehoedsmiddel.

Van de patiënten die wel reeds een anticonceptiemiddel in gebruik hadden, gebruikte 67,1% (n=57) een combinatiepil, 20% (n=17) een hormonaal spiraaltje, 8,2% (n=7) een vaginale ring, 2,3% (n=2) een minipil, 1,2% (n=1) een koperspiraaltje en 1,2% (n=1) een condoom. De prikpil, een implantatie staafje of sterilisatie werd door niemand van de patiënten gebruikt. De beslishulp werd via sociale media mogelijks grotendeels verspreid in een relatief jonge populatie. Dit zou een verklaring kunnen zijn waarom bij de deelnemers geen gesteriliseerde patiënten zijn. Gezien de deelnemers slechts één optie konden aanduiden, weten we niet of er ook deelnemers zijn die hun anticonceptiemiddel met een condoom combineren. Hierdoor kan mogelijks het condoomgebruik hoger liggen.

85,9% (n=73) van de patiënten was tevreden over zijn/haar anticonceptiemiddel, 14,1% (n=12) was niet tevreden. Redenen van tevredenheid over de combinatiepil waren de mogelijkheid tot zelfregulatie van de menstruatie, een verbetering van acné, goede betrouwbaarheid naar zwangerschap toe en de betaalbare prijs. Als voornaamste reden voor ontevredenheid werd de dagelijkse inname met kans op vergeten aangehaald. De grote meerderheid van de gebruiksters van het hormoonspiraaltje (15 van de 17 patiënten) waren tevreden omdat ze er niet dagelijks aan moeten denken en geen menstruatie meer hebben of nog amper last van hun menstruatie hebben. Twee patiënten gaven aan meer last te hebben van buikpijn sinds gebruik van het hormoonspiraaltje. Hiervan gaf ook één patiënt aan meer last te hebben van acné. De gebruiksters van de vaginale ring waren tevreden over het gebruiksgemak en hadden minder last van hun menstruatie en minder tussentijdse bloedingen. Slechts één gebruikster van de vaginale ring was ontevreden omwille van het frequent breken van de ring. De patiënt met het koperspiraaltje was ook tevreden omwille van het gebruiksgemak. De gebruiker van het condoom was ontevreden omdat dit vervelend zou voelen tijdens seksuele betrekkingen. Op de vraag of ze voldoende betrokken werden bij de keuze door de voorschrijvende arts, antwoordde 82,1% (n=64) positief. 17,9% (n=14) vond dat ze niet genoeg betrokken werden bij de keuze.

INVLOED VAN DE BESLISHULP

62,8% (n=59) van de patiënten antwoordde positief op de vraag of de beslishulp hen iets heeft bijgeleerd. Zelfs 74,5% (n=70) vindt dat ze beter op de hoogte zijn van de voor- en nadelen van de verschillende anticonceptiemiddelen na het doorlopen van de beslishulp. 71,3% (n=67) denkt beter voorbereid te zijn op een consult bij hun arts omtrent anticonceptie indien zij de beslishulp op voorhand zouden doorlopen. Bij 11,7% (n=11) heeft de beslishulp geholpen in het maken van een keuze van anticonceptiemiddel, bij 20,2% (n=19) heeft de beslishulp niet geholpen in hun keuze. 68,1% (n=64) van de patiënten gaf aan reeds een anticonceptiemiddel te gebruiken waardoor geen keuze meer noodzakelijk was. De mening over hun anticonceptiemiddel werd bij 16% (n=15) beïnvloed door

het doorlopen van de beslishulp. Bij de overige patiënten (n=78) bleef hun mening over hun anticonceptiemiddel onveranderd.

GEBRUIK VAN DE BESLISHULP

Het grootste deel van de patiënten vond de informatie in de beslishulp te begrijpen. 95,7% (n=90) van de patiënten beaamde dit, 4,3% (n=4) vond de informatie niet begrijpelijk. Eén patiënt gaf aan dat er een moeilijk woord of begrip gebruikt werd. De vraag welk woord of begrip dit dan zou zijn, werd niet beantwoord. Ook vond 97,9% (n=92) van de patiënten de beslishulp makkelijk in gebruik, 2,1% (n=2) vond dit niet.

VRAAG NAAR OPMERKINGEN OF SUGGESTIES

Het grootste deel van de patiënten had geen bijkomende opmerkingen of suggesties. Twee patiënten vonden het overzichtsschema met anticonceptiemiddelen erg duidelijk (*bijlage 5)*. Eén patiënt zou het handig vinden indien er de optie was om dit schema op te slaan. Een andere patiënt gaf aan dat het schema niet erg duidelijk was op het scherm van een smartphone. Ook werd door drie patiënten aangehaald dat bij de vraag wat hun voornaamste reden is om een anticonceptiemiddel te gebruiken, ze het jammer vinden ze slechts één antwoord kunnen aanduiden. Zo was het voor één patiënt ook niet duidelijk dat ze telkens slechts één antwoord kon aanduiden, waardoor ze soms te snel een antwoord koos, zonder alle opties te lezen. Eén patiënt geeft aan dat ze ondanks het doorlopen van de beslishulp nog steeds niet weet of er meerdere anticonceptiemiddelen voordelig zijn bij acné.

DISCUSSIE

Dit onderzoek toont aan dat het gebruik van de beslishulp kan bijdragen tot betere kennis en inzicht omtrent anticonceptiemiddelen. In dit onderzoek beweert het merendeel van de patiënten beter op de hoogte te zijn van de voor- en nadelen van de verschillende anticonceptiemiddelen. Ook zou twee derde iets bijgeleerd hebben na het doorlopen van de beslishulp.

Een Cochrane review uit 2017 toont aan dat het gebruik van beslishulpen bij het maken van een medische keuze een grote meerwaarde is, vooral op vlak van vergroten van kennis en inzicht in risico's over mogelijke opties en de voor- en nadelen (7). Uit andere onderzoeken blijkt dat patiënten soms onvoldoende op de hoogte zijn van de bijwerkingen, mogelijke risico's en eventuele contra-indicaties van anticonceptiemiddelen (12,13). Ook bestaan er nog steeds misvattingen omtrent anticonceptiemiddelen zoals risico op infertiliteit en gewichtstoename (14). Daarom is correcte en gemakkelijk beschikbare informatie bieden zoals deze beslishulp van groot belang. Door het

toenemende internetgebruik in onze samenleving is het gebruik van een online tool mogelijks een meerwaarde omdat het makkelijk beschikbaar is voor een groot deel van de populatie.

Behalve het vergaren van extra kennis, heeft de beslishulp ook het doel om patiënten te helpen in hun keuze van anticonceptiemiddel. In deze studie was de beslishulp slechts voor een tiende van de patiënten een ondersteuning in hun zoektocht naar een anticonceptiemiddel. Voor het grootste deel van de patiënten was dit niet het geval. Dit kan verklaard worden door het feit dat het grootste deel van de deelnemende patiënten reeds een anticonceptiemiddel gebruikten en niet op zoek waren naar een alternatief. De meesten waren tevreden over hun anticonceptiemiddel. Aanpassingen aan de beslishulp kunnen dit eventueel verbeteren. Zo geven deelnemers aan dat de mogelijkheid tot downloaden van het overzichtsschema of mogelijkheid tot aanduiden van meerdere antwoordopties een meerwaarde zou kunnen bieden in het maken van hun keuze. In de studie van Marshall et al. geven deelnemende patiënten aan dat het delen van ervaringen van andere patiënten over een specifiek anticonceptiemiddel voor hun een meerwaarde zou zijn (15).

De opzet van de beslishulp is niet om een consult bij de huisarts of gynaecoloog te vervangen. Om een geïnformeerde keuze te maken moet de patiënt over voldoende kennis beschikken. Het aanreiken van betrouwbare informatie is daarom van groot belang (4). De grote meerderheid van de deelnemers geeft aan dat het doorlopen van de beslishulp voor de raadpleging bij hun arts hun beter zou voorbereiden op het gesprek. De studie van Marshall et al. toont ook aan dat patiënten het doorlopen van een beslishulp een meerwaarde vinden ter voorbereiding op hun gesprek bij hun arts (15). In die studie geven patiënten aan dat ze zich beter kunnen focussen op een aantal specifieke anticonceptiemiddelen en meer gerichte vragen hierrond kunnen stellen. Omdat het ook hun kennis vergroot hebben ze het gevoel beter te kunnen overleggen met de arts.

Uit deze studie blijkt dat het grootste deel van de patiënten voldoende betrokken werd bij de keuze van een anticonceptiemiddel door hun arts. Het voldoende betrekken van de patiënt door arts en tot een gezamenlijk besluit komen (shared decision making) zorgt voor een correcter gebruik van anticonceptiemiddelen en mogelijks betere therapietrouw (5)(6). Een studie van Peremans et al. toont ook dat de meerderheid van de patiënten na een consult bij de arts omtrent anticonceptie tevreden waren. Toch wil dit niet steeds zeggen dat de inhoud van het consult van goede kwaliteit is (3).

De overgrote meerderheid van de patiënten vindt dat de inhoud van de beslishulp goed te begrijpen is. Slechts één deelnemer geeft aan dat er een moeilijk woord of begrip gebruikt werd. Welk woord dit was, werd niet beantwoord. De beslishulp werd door twee hoogopgeleiden verspreid op sociale media. Vermoedelijk waren er hierdoor weinig of zelfs geen laaggeletterde deelnemers. Om de

begrijpbaarheid van de beslishulp beter te kunnen inschatten, zou deze in de toekomst ook geëvalueerd moeten worden door laaggeschoolde patiënten.

Ook vinden zo goed als alle deelnemende patiënten de beslishulp makkelijk in gebruik. Wel werd door enkele patiënten aangegeven dat het gebruik op smartphone minder overzichtelijk is. Het overzichtsschema in deze beslishulp krijgt positieve commentaren. Om informatie over geneesmiddelen duidelijk over te brengen naar patiënten benadrukt de studie van Van Beusekom et al. het belang van gemakkelijke woordenschat, relatief korte teksten, afbeeldingen en schema's (16).

In dit onderzoek is de meerderheid van de deelnemende patiënten positief over het gebruik van de beslishulp. Ook een andere studie van Marshall et al. toont positieve resultaten wat betreft de visie van patiënten bij het gebruik van een beslishulp rond anticonceptie (15).

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 door patiënten en artsen, alvorens deze verder te gebruiken in de praktijk.

Ook het programma waarin de beslishulp werd ontwikkeld heeft zijn limitaties. 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 patiënten.

Het onderzoek naar de kwaliteit en invloed van de beslishulp op het anticonceptieconsult is in deze studie gebaseerd op subjectieve rapportering door patiënten. 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. Ook de populatie kan een invloed hebben op de resultaten. De beslishulp werd verspreid door twee jonge artsen op sociale media. Mogelijks is de patiëntenpopulatie hierdoor vrij jong. Ook is er geen zicht op sociaal-economische verschillen onder de deelnemende patiënten en sociaal-culturele verschillen. Hierdoor kunnen we onze besluiten niet veralgemenen voor de gehele Vlaamse populatie.

CONCLUSIE

Deelnemende patiënten geven aan beter op de hoogte te zijn van de voor- en nadelen van anticonceptiemiddelen en iets te leren uit de beslishulp. Ook gaven ze aan zich beter voorbereid te voelen op het gesprek bij hun arts. Hierdoor kan het gebruik voorafgaand aan de consultatie een meerwaarde zijn. Het was voor een minderheid van de patiënten een hulp in het maken van hun keuze. Gezien de relatief kleine populatie van de studie is het moeilijk om deze bevindingen te veralgemenen. Uitgebreider onderzoek is hiervoor nodig.

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.
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.
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.
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 [Internet]. 2017.
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. Newton VL, Dickson J, Hoggart L. Young women's fertility knowledge: Partial knowledge and implications for contraceptive risk-taking. BMJ Sex Reprod Heal. 2019.

13. Vogt C, Schaefer M. Disparities in knowledge and interest about benefits and risks of combined oral contraceptives. Eur J Contracept Reprod Heal Care. 2011.

14. Powell A. Choosing the Right Oral Contraceptive Pill for Teens. Pediatr Clin North Am. 2017;64(2):343–58.

15. Marshall C, Nuru-Jeter A, Guendelman S, Mauldon J, Raine-Bennett T. Patient perceptions of a decision support tool to assist with young women's contraceptive choice. 2017.

16. van Beusekom MM, Grootens-Wiegers P, Bos MJW, Guchelaar HJ, van den Broek JM. Low literacy and written drug information: information-seeking, leaflet evaluation and preferences, and roles for images. Int J Clin Pharm. 2016 Dec 1;38(6):1372–9.

BIJLAGEN

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 PATIËNTEN

1. Wat is je leeftijd?
2. Wat is je geslacht?
    a. Man
    b. Vrouw
3. Hoe ben je met deze beslishulp in aanraking gekomen?
    a. via een kennis
    b. via mijn huisarts
    c. via de website van gezondheid en wetenschap
    d. via sociale media
    e. andere
4. Ben je seksueel actief?
    a. Ja
    b. Nee
5. Gebruik je momenteel een voorbehoedsmiddel? Zo ja, welk?
    a. Geen voorbehoedsmiddel
    b. Combinatiepil ('de pil')
    c. Vaginale ring
    d. Implantatie staafje
    e. Hormonaal spiraaltje
    f. Koperspiraaltje
    g. Prikpil
    h. Minipil
    i. Condoom
    j. Sterilisatie
    k. Andere
6. Ben je tevreden van uw voorbehoedsmiddel?
    a. Ja
    b. Nee
7. Waarom ben je wel/niet tevreden over uw voorbehoedsmiddel?
8. Indien je reeds een voorbehoedsmiddel voorgeschreven kreeg, was je dan tevreden over de informatie en betrokkenheid bij de keuze?
    a. Ja
    b. Nee
9. Heeft de beslishulp je iets bijgeleerd?
    a. Ja
    b. Nee
10. Ben je dankzij de beslishulp beter op de hoogte van de verschillende anticonceptiemethodes met hun voor- en nadelen?
    a. Ja
    b. Nee
11. Heeft de beslishulp geholpen bij het maken van een keuze van voorbehoedsmiddel?
    a. Ja
    b. Nee
    c. Ik gebruik reeds een anticonceptiemiddel
12. Heeft de beslishulp je mening over jouw voorbehoedsmiddel beïnvloed?
    a. Ja
    b. Nee

13. Denk je dankzij de beslishulp beter voorbereid te zijn op een consultatie bij jouw arts omtrent anticonceptie?
    a. Ja
    b. Nee
14. Denk je dankzij de beslishulp beter voorbereid te zijn op een consultatie bij jouw arts omtrent anticonceptie?
    a. Ja
    b. Nee
15. Werden er woorden of begrippen gebruikt die je niet begreep?
    a. Ja
        i. Welke woorden of begrippen begreep je niet?
    b. Nee
16. Vind je de beslishulp makkelijk in gebruik?
    a. Ja
    b. Nee
17. Heb je nog opmerkingen of suggesties omtrent deze beslishulp?