IS DE PATIENTE BETER GEINFORMEERD BIJ HET GEBRUIK VAN DE ANTICONCEPTIEWIJZER TIJDENS HET ANTICONCEPTIECONSULT?

dr. Lotta Coenen, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: prof. dr. Johan Vansintejan, Vrije Universiteit Brussel

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2021 – 2022

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.

Inhoudstafel

Inhoudstafel 3
Abstract 4
Inleiding 5
Literatuurstudie 6
Methodologie 9
Recrutering van deelnemers 10
Onderzoeksopzet 10
Data-analyse en data-bewaring 12
Resultaten 12
Discussie 16
Conclusie 19
Referenties 21
Bijlage 1: Vragenlijst 25
Bijlage 2: Onderzoeksprotocol 29
Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie 36

Abstract

INLEIDING De keuze voor een anticonceptiemethode is een afweging tussen zowel de medische aspecten van anticonceptie alsook de ervaring en de beleving van de patiënte. De huisarts beschikt over verscheidene richtlijnen om de patiënte bij deze keuze te begeleiden maar deze beslagen vaak slechts een beperkt assortiment van anticonceptiemethoden. De richtlijnen focussen op het medische aspect en geven weinig advies hoe de voorkeuren van de patiënte te evalueren bij de anticonceptiekeuze. Met deze studie willen we nagaan of de Anticonceptiewijzer van Sensoa tijdens het anticonceptieconsult de patiënte beter helpt informeren.

METHODE Nederlandstalige patiënten vanaf 14 jaar die consulteerden om anticonceptie op te starten of hun anticonceptiemethode te wijzigen in de opleidingspraktijken van de hoofdonderzoeker, vulden de Anticonceptiewijzer in onder begeleiding van de arts. De voorgestelde anticonceptiemethoden werden besproken. Na de consultatie beantwoordde de patiënte een online vragenlijst in ter evaluatie van het gebruik van de Anticonceptiewijzer tijdens het consult. De antwoorden werden anoniem verwerkt. Beschrijvende statistiek werd toegepast gebruik makend van SPSS.

RESULTATEN 23 patiënten namen deel aan deze studie. Deelnemers vonden het unaniem belangrijk om informatie te krijgen over alle anticonceptiemethoden. Tot 78.6 % van de patiënten (*n*=18) leerden nieuwe anticonceptiemethoden kennen dankzij de Anticonceptiewijzer en zelfs 82.6 % (*n*=19) kreeg meer informatie over de reeds gekende anticonceptiemethoden. Daarenboven had 73.9 % van de deelnemers (*n*=17) meer inzicht in wat voor haar belangrijk was bij anticonceptie na het gebruik van de Anticonceptiewijzer. Toch gaf 52.2 % van de deelnemers (*n*=12) aan dat er informatie ontbrak in de Anticonceptiewijzer, voornamelijk over de kostprijs en de invloed van anticonceptie op de gezondheid. Binnen dit onderzoeksopzet, diende de huisarts als medisch expert en beantwoordde de medische vragen. De kostprijs is echter onderbelicht in de richtlijnen en de Anticonceptiewijzer.

CONCLUSIE De Anticonceptiewijzer informeert de patiënte over alle verschillende anticonceptiemethoden. Dankzij de patiëntgerichte benadering leert de patiënte haar prioriteiten in verband met anticonceptie te definiëren. Op deze manier kan de Anticonceptiewijzer een meerwaarde zijn tijdens het anticonceptieconsult, op voorwaarde dat de huisarts zijn taak als medisch expert opneemt en medisch gerelateerde vragen beantwoordt. Om de bevindingen van deze studie te valideren, dient een studie op grotere schaal uitgevoerd te worden en dient ook het perspectief van de huisarts over de Anticonceptiewijzer bestudeerd te worden.

Inleiding

Bijna negen op tien (88.3 %) van de seksueel actieve vrouwen (15-49 jaar) in België gebruikt een voorbehoedsmiddel, een aantal dat blijft toenemen. [1]
Hoewel gynaecologen beschouwd worden als de specialisten van de gezondheid van de vrouw, heeft ook 1.73/1000 consultaties bij de huisarts betrekking op anticonceptie. [2] Deze consultaties gaan zowel het opstarten van een eerste anticonceptiemiddel, een opvolgconsult of het veranderen van anticonceptiemiddel. De richtlijnen voor de anticonceptieopvolging zijn relatief duidelijk en de systematiek eerder eenvoudig. [3] Daarentegen, bij het opstarten van een nieuwe anticonceptiemethode moet elke patiënte echter eerst langs de zoektocht naar het anticonceptiemiddel dat haar (en haar partner) het best bevalt. Deze zoektocht wordt geleid door zowel medische elementen als persoonlijke ervaringen en voorkeuren van de patiënte. [2, 4, 5] Daarenboven wordt het gamma aan anticonceptiemethoden en de onderliggende specialiteiten steeds uitgebreider. [6]

Patiënten hebben verscheidene redenen om anticonceptie te willen opstarten. [2, 5, 7] Anticonceptie werd initieel ontwikkeld om zwangerschap te voorkomen. Ondertussen zijn echter verschillende bijwerkingen van anticonceptie ook een voorname reden geworden om anticonceptie op te starten. [2, 5, 7] Enkele voorbeelden zijn het verminderen van dysmenorroe, het afnemen van bloedverlies in kader van hypermenorroe of onregelmatige vaginale bloedingen. [3, 6-8] Andere ongemakken die kunnen afgestopt worden door middel van specifieke anticonceptiemethoden zijn acne, ovariumcysten en onregelmatige cycli. [2-4, 6, 7] Farmecuetische bedrijven hebben zich daarom toegelegd om dit voordelige bijwerkingsprofiel verder uit te bouwen. [9]
Daarenboven heeft elke patiënte een eigen beleving van seksualiteit en idee over anticonceptie. [2, 3, 7, 10] Deze opvattingen komen onder andere voort uit levensstijl, relatiestatus, seksuele voorkeur, genderidentiteit, eigen ervaringen met anticonceptie en ervaringen van naasten. [3, 7, 11] De opstart van anticonceptie is aldus noch een eenduidige noch een puur medische aangelegenheid.
Voor hun keuze van een anticonceptiemethode, maken patiënten gebruik van verscheidene informatiebronnen. De kwaliteit van deze informatiebronnen is echter niet altijd betrouwbaar. Vermits veel anticonceptiemethoden een medisch voorschrift vereisen, zullen veel patiënten uiteindelijk toch vaak bij een arts – huisarts, gynaecoloog, of andere – terecht komen om advies

te vragen. [2, 7, 10] De taak van de medicus hierbij is om samen met de patiënte het meest gepaste voorbehoedsmiddel te kiezen rekening houdend met de voorkeuren en kennis van de patiënte alsook de medische aspecten. [12, 13]

Verder is er ook een algemene shift in het gebruik van anticonceptie. Daar waar de combinatiepil vroeger afgetekend marktleider was: in 2011 gebruikte 63.2 % van de Belgische vrouwen een combinatiepil, in 2018 is dit aandeel gezakt naar 'slechts' 48.1%. [1] Vooral het aandeel van langwerkende anticonceptiemethoden is gestegen, voor het implantaat is dit van 1.0 % in 2001 verdrievoudigd naar 3.1% in 2018 en voor het intra-uterine device (IUD) steeg dit van 10.1% (2001) naar 25.8% (2018). De meest uitgesproken veranderingen zien we bij jongere vrouwen vanaf 25 jaar die nu ook meer en meer langwerkende anticonceptiemethoden verkiezen. [1]

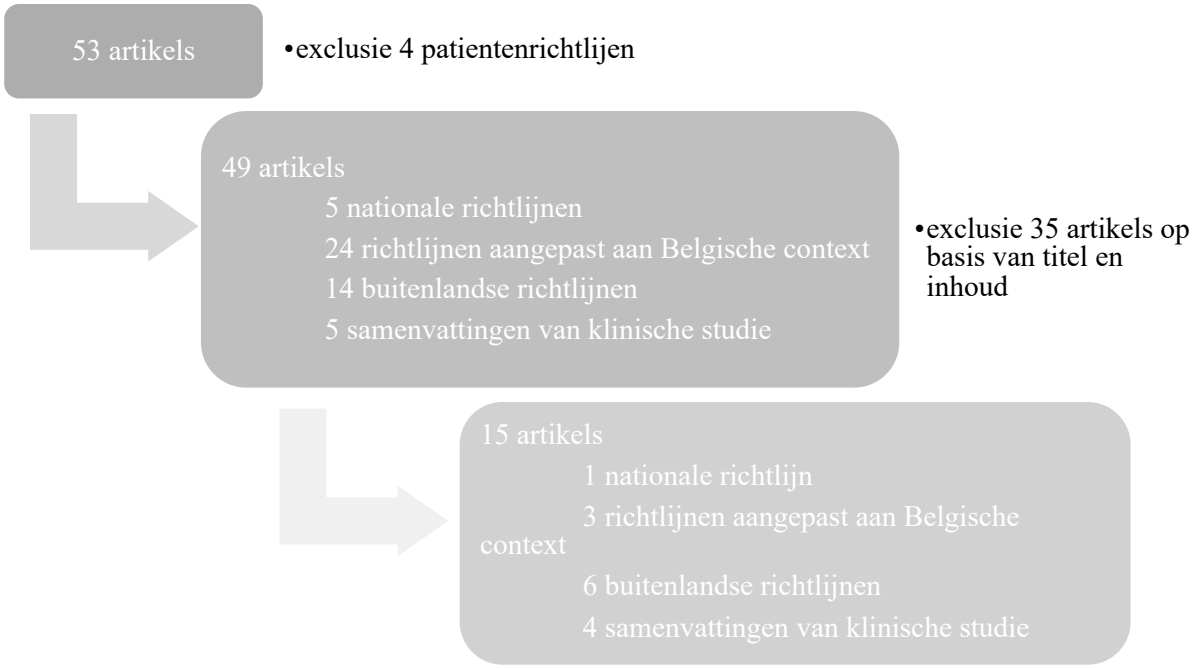
De keuze van de beste anticonceptie is daardoor zeker geen routineconsult voor de huisarts. Daarom richt deze paper zich specifiek op het opstarten of veranderen van anticonceptiemiddel in de huisartsenpraktijk.

Literatuurstudie

Nationale klinische praktijkrichtlijnen worden beschouwd als de hoogste standaard in Evidence Based Medicine (EBM) en in de tweede plaats vertaalde richtlijnen aangepast aan de nationale standaarden en hierna buitenlandse richtlijnen. [14] Om de point-of-care bronnen te identificeren waartoe huisartsen toegang hebben werd een zoekopdracht naar 'anticonceptie' en 'contraceptie' uitgevoerd via de beroepsvereniging en de nationale digitale medische databank. Omwille van gelijkaardige populatie en kwaliteitsvolle richtlijnen werd een gelijkaardige zoekopdracht uitgevoerd bij de Nederlandse beroepsvereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), en het National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Richtlijnen die zich niet richten op huisartsen, zoals patiënteninformatie, werden geëxcludeerd. De resultaten werden verder gescreend op relevantie op basis van titel en inhoud. Enkel artikels die anticonceptiekeuze faciliteerden werden geselecteerd. Artikels die de

opvolging van anticonceptie of noodanticonceptie bespreken, werden geëxcludeerd aangezien noodanticonceptie en opvolging van anticonceptie buiten het bereik van deze paper valt.

Afbeelding 1: Literatuurzoektocht



De zoekopdracht en artikelselectie wordt weergegeven in afbeelding 1. We weerhielden 14 artikels waarvan één nationale richtlijn, drie buitenlandse richtlijnen aangepast aan de Belgische zorgcontext, zes buitenlandse richtlijnen en vier samenvattingen van een origineel onderzoeksartikel. [2, 4, 15-23] Deze artikels en hun belangrijkste kenmerken worden weergegeven in tabel 1.

Opmerkelijk is dat elke richtlijn een specifieke focus heeft. Deze focus kan een specifieke groep anticonceptiemethoden zijn [2, 4, 15, 16, 18, 20-23] of een specifieke patiëntenpopulatie. [11, 19] De Belgische huisarts beschikt dus niet over een overkoepelende point-of-care bron van de hoogste wetenschappelijke waarde. Daarenboven geven deze richtlijnen aan dat men naast de medische aspecten van contraceptie ook rekening dient te houden met de psychosociale aspecten en ervaringen van de patiënte. Dit concept wordt echter weinig uitgewerkt in de richtlijnen. [3, 15, 17] Levensstijlfactoren die medische contra-indicaties kunnen vormen worden besproken, maar andere psychosociale factoren worden niet verder uitgewerkt in de richtlijnen. [2, 3, 7, 19]

Tabel 1: Overzicht van nationale en internationale richtlijnen die opstart en opvolging anticonceptie beschrijven.

Auteurs	**Titel**	**Level of evidence**	**Jaar**	**Instelling**
Peremans L, Van Leeuwen E, Delvaux N, Keppens K [2]	Hormonale anticonceptie	Belgische richtlijn	2012	Domus Medica
Kivijärvi A [15]	Andere anticonceptiemethoden	Buitenlandse richtlijn aangepast aan Belgische context	2019	Duodecim Medical Puplications Ltd.
Saarikoski [11]	Anticonceptie bij patiënten met systeemziekten	Buitenlandse richtlijn aangepast aan Belgische context	2019	Duodecim Medical Puplications Ltd.
Kivijärvi A [16]	Spiraaltje	Buitenlandse richtlijn aangepast aan Belgische context	2018	Duodecim Medical Puplications Ltd.
Barnhoorn PC, Bruinsma ACA, Bouma M, Damen Z, De Swart SM, Koetsier MJE, Kurver MJ, Van der Sande R, Van der Wijden CL, Van Groeningen COM [7]	NHG-standaard: Anticonceptie	Buitenlandse richtlijn	2020	NHG
	Quality Standard: contraception [17]	Buitenlandse richtlijn	2016	NICE
	Long-acting reversible contraception [18]	Buitenlandse richtlijn	2019	NICE
	Contraceptive services for under 25s [19]	Buitenlandse richtlijn	2014	NICE
Kivijärvi A [3]	Anticonceptie: opstart, keuze van methode en follow-up	Buitenlandse richtlijn	2019	Duodecim Medical Puplications Ltd.
Kivijärvi A [4]	Hormonale anticonceptie	Buitenlandse richtlijn	2019	Duodecim Medical Puplications Ltd.
Verougstraete A [20]	Is langdurige reversibele anticonceptie een goede keuze?	Samenvatting klinische studie	2016	Minerva
Sculier JP [21]	Anticonceptie: neemt het risico van veneuze en arteriële trombose toe bij oraal toegediende hormonale combinatiepreparaten?	Samenvatting klinische studie	2017	Minerva
Peremans L [22]	De pil en trombo-embolie?	Samenvatting klinische studie	2016	Minerva
Peremans L [23]	Is drospirenon in een 24 dagen combinatiepil effectiever dan in een 21 dagen pil?	Samenvatting klinische studie	2016	Minerva

Het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid (Sensoa) en heeft onder andere als taak om zowel professionals als patiënten te informeren en ondersteunen in het bespreken en faciliteren van seksuele gezondheid. [24] Sensoa heeft een tool opgesteld voor vrouwen om hen te helpen bij hun keuze voor een anticonceptiemiddel. Dit willen ze vooral doen op basis van correcte en uitgebreide informatie over zoveel mogelijk anticonceptiemiddelen. Hierbij nemen ze alle mogelijke anticonceptiemethoden – hormonaal, niet-hormonaal, invasief, non-invasief, systemisch, lokaal, niet-medicamenteus, medicamenteus – in beschouwing. [10] Ze vertrekken vanuit de beleving van de patiënte omtrent seksualiteit en anticonceptie om haar een aantal methoden voor te stellen. In een verdere fase biedt de tool ook uitgebreide informatie in verband met het gebruik, bijwerkingen en prijs van elke anticonceptiemethode. [10]
Theoretisch gezien vertrekt deze tool vanuit het psychosociale perspectief van de patiënte, een aspect dat minder uitgebreid aan bod komt binnen de medische richtlijnen voor huisartsen. Aldus stellen wij ons de vraag of de Anticonceptiewijzer een aanvulling kan zijn op de kennis en aanbevelingen die de huisarts haalt uit de richtlijnen tijdens het anticonceptieconsult.

Met dit onderzoek willen we nagaan of het gebruik van deze tool een meerwaarde is in de huisartsenpraktijk, en met name om het perspectief en ervaringen van de patiënte actief te integreren bij de opstart van anticonceptie. Deze masterthesis heeft niet tot doel de tevredenheid over de gekozen anticonceptiemethode op lange termijn te bevragen noch de opvolgconsultaties te evalueren.
Omwille van haalbaarheid zal deze studie enkel het perspectief van de patiënte nagaan.

Methodologie

Een interventioneel, diagnostisch onderzoek werd opgezet waarbij voornamelijk kwantitatieve maar ook kwalitatieve gegevens worden verzameld door middel van een anonieme vragenlijst. De kwalitatieve data werden verzameld om nieuwe perspectieven van de deelnemers toe te laten naast de veronderstellingen die de onderzoekers formuleerden op basis van de literatuur. Daarnaast zal de kwalitatieve data ook toelaten de kwantitatieve data te verduidelijken.
Het doel van de vragenlijst was om na te gaan of de Anticonceptiewijzer van Sensoa de huisarts kan ondersteunen in het informeren van patiënten bij het kiezen van een anticonceptiemethode.

Dit onderzoek ging in de eerste plaats na of de patiënte de Anticonceptiewijzer tijdens het consult als een meerwaarde ervaarde en of de patiënte beter geïnformeerd was door het gebruik hiervan. Verder wilden we ook nagaan of bijkomende elementen de Anticonceptiewijzer nog kunnen versterken als tool bij het anticonceptieconsult.
Daarbij beschouwden we de Anticonceptiewijzer niet als vervanging van de medische richtlijnen maar wel als toevoeging. Zoals hierboven toegelicht, benadrukt de Anticonceptiewijzer andere elementen in de anticonceptiekeuze dan de medische richtlijnen.
De ervaringen van de huisarts met de Anticonceptiewijzer vielen buiten het bereik van deze studie.

Recrutering van deelnemers

Het onderzoek werd geïntegreerd in de dagelijkse werking van beide opleidingspraktijken waar de hoofdonderzoeker actief was. Het onderzoek werd voorgesteld aan elke vrouwelijke patiënte die zich presenteerde met als aanmeldingsklacht de opstart of wijziging van anticonceptiemethode. De reden voor de opstart van anticonceptie werd buiten beschouwing gelaten bij de inclusie van deelnemers. Patiënten die binnen eenzelfde gamma een switch wilden maken, bijvoorbeeld veranderen van type combinatiepil, werden geëxcludeerd aangezien de Anticonceptiewijzer hier geen informatie over verschaft. Enkel Nederlandstalige patiënten werden geïncludeerd aangezien de tool van Sensoa enkel in het Nederlands beschikbaar was. Meisjes onder de 14 jaar werden geëxcludeerd daar de algemene consensus stelt dat het onder deze leeftijd afgeraden is hormonale anticonceptie op te starten. [2, 4, 7, 15] Minderjarige patiënten werden enkel geïncludeerd indien de ouders of de voogd aanwezig waren bij de consultatie en schriftelijke toestemming gaven. Daarenboven werd ook er ook expliciete, niet-schriftelijke toestemming van de minderjarige gevraagd.
Elke deelnemer – en bij minderjarige deelnemers de ouder of voogd – tekende een informatiedocument alvorens deel te nemen, waarbij zij op eender welk moment haar deelname kon stopzetten zonder dat die keuze negatieve consequenties zou hebben voor haar verdere zorgvragen.

Onderzoeksopzet

Indien de patiënte toestemde tot deelname, startte het anticonceptieconsult met de introductie en gebruiksaanwijzing van de Anticonceptiewijzer. De patiënte vulde de stellingen van de Anticonceptiewijzer aan in het bijzijn van de onderzoeker-huisarts. De onderzoeker-huisarts

gaf in deze fase van de studie enkel antwoord op verduidelijkingsvragen om de integriteit van de Anticonceptiewijzer zoveel mogelijk te bewaken. Op basis van de antwoorden van de patiënte stelde de Anticonceptiewijzer een aantal anticonceptiemethoden voor.
In een volgende stap bespraken de arts en de studiedeelnemer de voorgestelde anticonceptiemethoden, de bijhorende informatie verschaft door de Anticonceptiewijzer alsook de reden waarom de Anticonceptiewijzer deze methode naar voor schoof. In deze fase gebruikte de arts zijn medische kennis om de patiënte extra duiding te geven bij de gegevens uit de Anticonceptiewijzer.
Na het bespreken van de resultaten van de Anticonceptiewijzer, verliep het anticonceptieconsult zoals aanbevolen in de beschikbare wetenschappelijke literatuur. [2-4, 7, 15] De keuze voor een bepaalde anticonceptiemethode kon onafhankelijk van de Anticonceptiewijzer gemaakt worden volgens de voorkeur van de patiënte mits rekening houdend met contra-indicaties. De aflevering van het voorschrift, instructies omtrent correct gebruik, neveneffecten en opvolging werden uitgevoerd volgens de beschikbare nationale en internationale richtlijnen. [2-4, 7, 11] Deze consultatie duurde niet langer dan een standaard anticonceptieconsult van ongeveer 20 minuten.

De uiteindelijke dataverzameling bestond uit een anonieme online vragenlijst. De vragenlijst werd ingevuld na de consultatie, in afwezigheid van de arts. Het invullen van de vragenlijst duurde ongeveer vijf minuten.
De volledige vragenlijst is beschikbaar in bijlage 1 en werd gecreëerd door de onderzoeker op basis van de Anticonceptiewijzer, Sensoa's doelstellingen voor deze tool en de wetenschappelijke literatuur. Zowel Sensoa, de praktijkopleiders als de promotor reviseerden kritisch de vragenlijst. Verder werd de vragenlijst voorgelegd aan enkele niet-medici behorend tot de doelgroep, om de interpretatie en begrijpbaarheid van de vragen en instructies na te gaan.
De uiteindelijke vragenlijst werd opgesteld in Survey Monkey en bestond uit drie onderdelen: drie gesloten vragen over demografische gegevens en eerdere ervaringen met anticonceptie; vijf gesloten vragen over de inhoud en de informatiekwaliteit van de Anticonceptiewijzer en tot slot twee gesloten en één open vraag over bijkomende elementen die van belang kunnen zijn bij de keuze voor anticonceptie.
Er werden geen gegevens gevraagd op basis waarvan deelnemers geïdentificeerd konden worden. Om nog verder een anonieme dataverzameling te garanderen werden alle vragenlijsten ingevuld op eenzelfde device, gebruikmakend van de internetverbinding van de huisartsenpraktijk.

Alle mede-onderzoekers kregen een introductie tot de onderzoeksopzet en de te volgen procedure. Ook kregen zij een korte opleiding over het gebruik van de Anticonceptiewijzer en de integratie hiervan tijdens het anticonceptieconsult. Tijdens een wekelijks overleg werd het verloop van het onderzoek en moeilijkheden besproken en verduidelijking gemaakt waar nodig.

Data-analyse en data-bewaring

Voor de data-analyse van de online vragenlijst werd de data geëxporteerd als excel-bestand uit Survey Monkey en offline geanalyseerd. Kwantitatieve data werden geanalyseerd door middel van beschrijvende statistiek in SPSS. Kwalitatieve data werden geanalyseerd gebruik makend van thematische analyse. Een inductieve, realistische benadering werd hierbij gehanteerd. [25, 26]

De data worden bewaard op een beveiligde server van de onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde van de VUB, onder toezicht van promotor prof. dr. Vansintejan.
De antwoorden van de deelnemers op de stellingen van de Anticonceptiewijzer waren geen onderdeel van dit onderzoek. Deze data werden aldus niet bewaard. Om bijkomende anonimiteit over deze gegevens te garanderen, werd de Anticonceptiewijzer steeds ingevuld op de computer van de arts.

Deze studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Brussel met als studienummer B.U.N. 1432020000261. Zowel het onderzoeksprotocol als het toestemmingsformulier werden toegevoegd, respectievelijk in bijlage 2 en bijlage 3.

Resultaten

Drieëntwintig vrouwen namen deel aan deze studie. Hun demografische gegevens en basisidee over anticonceptie wordt weergegeven in tabel 2. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 25 jaar (STD 8.34, 14 – 49 jaar, mediaan 26 jaar). Het merendeel van de patiënten (n=18, 78.3%) had al eerder anticonceptie gebruikt, voor drie deelnemers was het de eerste maal dat ze anticonceptie overwogen. Het voorkomen van zwangerschap was de voornaamste reden om

anticonceptie te gebruiken (n=18, 78.3%), gevolgd door het verminderen van dysmenorroe (n=5, 21.7%), de behandeling van acne (n=4, 17.4%), overvloedige maandstonden (n=3, 13.0) en migraine (n=2, 8.7%). Patiënten meldden als bijkomende reden het kunnen plannen van hun maandstonden en onregelmatige menses als beweegreden om anticonceptie te gebruiken. Een kwart van de deelnemers (n=6, 26.1%) haalden multipele redenen aan voor het gebruik van anticonceptie.

Tabel 2: Initiële opvatting over anticonceptie, N=23.

	n	%
Opstart anticonceptie		
Eerste maal dat ik anticonceptie overweeg	3	13.0
Al eerder over anticonceptie nagedacht maar nog nooit gebruikt	2	8.7
Gebruikte reeds ander anticonceptiemiddel	18	78.3
Waarom anticonceptie*		
Om niet zwanger te worden	18	78.3
Acne	4	17.4
Pijnlijke maandstonden	5	21.7
Overvloedige maandstonden	3	13.0
Migraine	2	8.7
Ik heb nog geen maandstonden	0	0.0
Mijn omgeving raadde mij dit aan	0	0.0
*Plannen van maandstonden***	*1*	*4.3*
*Onregelmatige maandstonden***	*1*	*4.3*
Vind je het belangrijk informatie te krijgen over alle anticonceptiemethoden		
Heel belangrijk	7	30.4
Belangrijk	16	69.6
Beetje belangrijk	0	0.0
Onbelangrijk	0	0.0
Kende je de Anticonceptiewijzer al		
Ja	7	30.4
Nee	16	69.6

Legende: *Meerdere antwoorden waren mogelijk. **Citaten van deelnemers.

Minder dan een derde van de deelnemers (n=7, 30.4%) kende de Anticonceptiewijzer voor hun deelname aan deze studie. Zoals aangegeven in tabel 3, waren de stellingen duidelijk: drie stellingen werden door één deelnemer als onduidelijk beschouwd. De overige drie stellingen werden unaniem als duidelijk beoordeeld. De stellingen in verband met hormonen, menstruatie en kinderwens waren het belangrijkst voor de deelnemers. Hoe vaak men met anticonceptie

moet bezig zijn was minder van belang. De betrokkenheid van een arts en het privacy-aspect van anticonceptie werden als onbelangrijk beoordeeld.

Tabel 3: Gebruiksvriendelijkheid van de Anticonceptiewijzer, gebruikmakend van een 5-Likertschaal.

	Gemiddelde	95% CI
Stelling duidelijk*		
Hoe vaak wil je met anticonceptie bezig zijn?	2.78	2.56 – 3.01
Hormonen	2.78	2.56 – 3.01
Menstruatie	3.00	3.00 – 3.00
Privacy	2.87	2.67 – 3.07
Dokter	2.91	2.79 – 3.04
Kinderwens	3.00	3.00 – 3.00
Stelling belangrijk		
Hoe vaak wil je met anticonceptie bezig zijn?	2.65	2.23 – 3.08
Hormonen	3.39	3.08 – 3.70
Menstruatie	3.26	2.96 – 3.56
Privacy	1.87	1.43 – 2.31
Dokter	1.96	1.50 – 2.42
Kinderwens	3.26	2.89 – 3.63
Dankzij de Anticonceptiewijzer		
Weet je meer over de anticonceptiemiddelen die je al kende**	2.43	2.05 – 2.82
Is het makkelijker om een keuze te maken	4.00	3.63 – 4.37

Legende: *3-Likert schaal. **4-Likert schaal.

De Anticonceptiewijzer heeft als doel vrouwen te informeren bij hun keuze voor een anticonceptiemethode. De deelnemers geven ook allen aan dat ze het belangrijk (n=16, 69.6%) tot zeer belangrijk (n=7, 30.4%) vonden om informatie te krijgen over alle anticonceptiemethoden. Tabel 4 geeft de impact van de Anticonceptiewijzer bij de keuze voor anticonceptie weer. 19 deelnemers (82.6%) leerden bij over de anticonceptiemethoden die ze al kenden en 18 (n=78.3%) deelnemers leerden ook nieuwe anticonceptiemethoden kennen. Daarenboven kreeg bijna drie kwart van de respondenten (n=17, 73.9%) dankzij de Anticonceptiewijzer meer inzicht in wat voor hen belangrijk is bij de keuze voor een anticonceptiemethode. De informatie maakte de keuze voor 73.9% van de deelnemers (n=17) makkelijker, één deelnemer (4.3%) gaf aan dat de keuze hierdoor net moeilijker werd. Toch geeft meer dan de helft (n=12, 52.2%) aan dat er voor hen belangrijke informatie ontbreekt in de Anticonceptiewijzer. Voornamelijk informatie over het verband tussen andere gezondheidsproblemen en anticonceptie (n=10, 43.5%), hormonen in het algemeen (n=9, 39.1%) en de relatie tussen anticonceptie en kanker (n=7, 30.4%) vonden respondenten

onderbelicht. Binnen deze domeinen suggereerden de deelnemers nog specifieke onderwerpen: risico op trombose, neveneffecten met betrekking tot humeur, emotionele regulatie en libido en welk type hormoon elk anticonceptiemiddel bevat. Bijkomend achten zij de kostprijs en de invloed op de menstruele cyclus onderbelicht.

Tabel 4: Impact van de Anticonceptiewijzer, N=23.

	n	%
Nieuwe anticonceptiemethoden leren kennen		
Ja	18	78.3
Nee	3	21.7
Meer inzicht gekregen in wat voor jou belangrijk is		
Ja	17	73.9
Nee	6	26.1
Belangrijke onderwerpen die niet aan bod kwamen in de anticonconceptiewijzer		
Ja	12	52.2
Nee	11	47.8
Wat wilde je nog extra weten via de Anticonceptiewijzer*		
Hormonen in het algemeen	9	39.1
Anticonceptie en kanker	7	30.4
Anticonceptie en andere gezondheidsproblemen	10	43.5
Noodanticonceptie	0	0.0
Anticonceptie en kinderwens	1	4.3
Welke ondersteuning was voor jou belangrijk in jou keuze*		
Familie	6	26.1
Partner	5	21.7
Vrienden	9	39.1
Arts	20	87.0
Brochures	1	4.3
Website Sensoa	2	8.7
Online verhalen/getuigenissen	5	21.7

Legende: *Meerdere antwoorden waren mogelijk.

Om tot een keuze van anticonceptiemiddel beschouwt 56.6% van de deelnemers meerdere tools als belangrijke informatiebron. Informatie van de arts (n=20, 87.0%) wordt het vaakst als belangrijk beschouwd gevolgd door uitwisselingen met vrienden (n=9, 39.1%) familie (n=6, 26.1%), partner (n=5, 21.7%) alsook online getuigenissen en verhalen (n=5, 21.7%). Slechts

weinig deelnemers hechten veel waarde aan infobrochures (n=1, 4.3%) of de website van Sensoa (n=2, 8.7%).

Discussie

Met deze studie wilden we nagaan of de patiënte beter geïnformeerd is bij het kiezen voor een anticonceptiemethode door het gebruik van de Anticonceptiewijzer tijdens het anticonceptieconsult bij de huisarts. Een geïnformeerde beslissing van de patiënte over haar behandeling is een inherent onderdeel van onze gezondheidszorg. [2, 7, 17, 27] Deelnemers gaven aan dat zij het belangrijk tot zeer belangrijk vinden breed geïnformeerd te worden over alle anticonceptiemethoden. Het is een algemene tendens dat patiënten zich meer informeren over hun gezondheid, onder meer op het internet. [28] Al hebben zij niet altijd toegang tot kwaliteitsvolle informatie. [29-31]
Naast het feit dat een geïnformeerde beslissing een basisprincipe is, gaven patiënten ook aan dat de informatie uit de Anticonceptiewijzer de keuze voor een anticonceptiemethode vereenvoudigde (gemiddelde = 4.00; 95% CI 3.63 – 4.37). Literatuur toont ook aan dat online tools de communicatie en relatie tussen arts en patiënte kunnen verbeteren. [32] Dit impliceert dat het als arts een meerwaarde is zich te voorzien van tools die ons kunnen ondersteunen in het verschaffen van informatie. [17, 32]

De Anticonceptiewijzer is opgebouwd door Sensoa en gebaseerd op wetenschappelijke literatuur. Het is gratis en eenvoudig beschikbaar voor zowel arts als patiënte. [10, 24] Meer dan driekwart van de deelnemers (78.3%) hebben nieuwe anticonceptiemethoden leren kennen dankzij de Anticonceptiewijzer en 82.6% heeft nieuwe aspecten leren kennen van anticonceptiemethoden die hen reeds bekend waren. We kunnen hieruit opmaken dat de Anticonceptiewijzer de patiënte bijkomende informatie verschaft tijdens het consult. Het studieopzet liet ons echter niet toe te identificeren welke elementen uit de Anticonceptiewijzer het vaakst nieuwe informatie opleverde.
Ondanks de informatiewinst gaf ook meer dan de helft van de patiënten aan dat ze bepaalde informatie misten in de Anticonceptiewijzer. Patiënten benoemen voornamelijk een gebrek aan informatie over medische aspecten zoals de relatie tussen anticonceptiemethoden en algemene of specifieke gezondheidsaspecten bijvoorbeeld meer uitleg over de fysieke, emotionele en

seksuele neveneffecten van de verschillende anticonceptiemethoden. Anderzijds misten deelnemers ook informatie over hormonen en kostprijs. Hoewel deze laatste twee beiden wel vermeld wordt in de Anticonceptiewijzer wanneer men de pagina van een specifieke methode verder opent. De data liet verder niet toe om te specifiëren welke informatie over hormonen de deelnemers misten. Deze studie maakte verder ook geen vergelijking tussen de kennis van de huisarts en de informatie uit de Anticonceptiewijzer. Hoewel het dus niet mogelijk is om na te gaan of de Anticonceptiewijzer meer informatie bevat dan de kennis van de huisarts, kunnen we wel verwijzen naar de richtlijnen die vaak slechts een beperkt aantal anticonceptiemethoden beschrijven. [2, 4, 15, 16, 18, 20-23] Deze richtlijnen vertrekken vanuit het medische perspectief. [2, 3, 7, 11] De huisarts is de medisch expert tijdens het anticonceptieconsult en gebruikt de medische richtlijnen als informatiebron. De gezondheidsaspecten, (contra-)indicaties en mogelijke neveneffecten zijn elementen die worden aangehaald in de bekende richtlijnen. [2-4, 7, 11] Daarenboven dient de huisarts tijdens het anticonceptieconsult ook net deze aspecten mee te bewaken. [2-4, 7, 18] De Anticonceptiewijzer wil de prioriteiten van de patiënte bepalen en biedt een ander perspectief binnen de keuze voor een anticonceptiemethode dan de medische richtlijnen. Binnen deze belevingsbenadering met aandacht voor psychosociale aspecten kan de kostprijs een belangrijke rol spelen bij de beslissing. [2, 17, 33, 34] De kostprijs per anticonceptiemiddel wordt wel toegelicht in de Anticonceptiewijzer maar heeft geen prominente plaats binnen de tool. [10] We stellen daarom voor de kostprijs van anticonceptiemethode zeker te bespreken tijdens het anticonceptieconsult en eventueel actief in overweging te nemen – al dan niet als stelling in de Anticonceptiewijzer.

Opmerkelijk is dat de Anticonceptiewijzer patiënten ook ondersteunde in het identificeren van de factoren die voor hen belangrijk zijn bij hun anticonceptiekeuze, 73.9% van de patiënten had meer inzicht in wat voor hen belangrijk is bij het gebruik van anticonceptie na het gebruik van de Anticonceptiewijzer. Vermoedelijk komt dit doordat de Anticonceptiewijzer vertrekt vanuit de beleving van de patiënte eerder dan de medische aspecten. [7, 27, 32] De literatuur bevestigt bovendien dat anticonceptie net gekenmerkt wordt door maatwerk en dat ervaringen tussen patiënten sterk kunnen verschillen. [2, 7, 18, 19] Aangezien de keuze voor een anticonceptiemiddel maatwerk is, is het belangrijk prioriteiten binnen deze keuze te bepalen. De deelnemers van deze studie benoemden hormonen, menstruatie en kinderwens als belangrijkste stellingen van de Anticonceptiewijzer en hechten minder belang aan hoe vaak men anticonceptie moet bezig zijn, privacy en tussenkomst van een arts. Het is echter niet

mogelijk deze bevindingen te veralgemenen door de beperkte studiepopulatie. De deelnemende populatie was niet representatief voor alle gebruikers van de Anticonceptiewijzer aangezien de studie plaats vond tijdens een arts-patiënte contact. Tevens is er voor minderjarige deelnemers reeds een bias over privacy aangezien het studieprotocol de aanwezigheid van een ouder of voogd vereiste. Dit zijn allen argumenten waarom respectievelijk de rol van privacy en de rol van de arts als minder belangrijk worden beschouwd door onze populatie. [2, 17-19]
Ondanks de opmerkelijke opgang van langwerkende anticonceptiemethoden [1], vonden onze deelnemers dat de frequentie van gebruik van anticonceptie voor hen minder belangrijk is. Mogelijks is de gebruiksfrequentie niet de voornaamste opstartreden voor langwerkende anticonceptiemethoden. Daartegenover kan het verschil ook liggen in een vertekend resultaat in deze paper door de kleine studiepopulatie.

De studie focuste op het anticonceptieconsult bij de huisarts. Het is echter belangrijk te onthouden dat veel patiënten informatie verkrijgen vanuit informele bronnen. Meer dan de helft van de deelnemers (56.6 %) beschouwden verschillende informatiebronnen als belangrijk: in de eerste plaats de arts (87.0 %) maar daarnaast worden ook familie 26.1 %), vrienden (39.1 %), partner (21.7 %) en online getuigenissen (21.7 %) vaak ingeschakeld als informatiebron. Binnen deze stelling werd niet gepeild naar het belang van de Anticonceptiewijzer als informatiebron. Deze studie werd uitgevoerd in een medisch kabinet, de patiënten kregen per definitie informatie van de huisarts. Mogelijks, is de rol van een medicus bij het kiezen van een anticonceptie hierdoor overschat. Informatie van vrienden, familie, partner of online getuigenissen zijn minder wetenschappelijk onderbouwd dan een consultatie bij de arts. [28-30] Aangezien vele vormen van anticonceptie toch geregistreerd zijn als medicatie of op een andere wijze implicaties hebben op de gezondheid (vb. zwangerschap), is het belangrijk dat gecontroleerde, up-to-date en aangepaste bronnen zoals de Anticonceptiewijzer of een consultatie bij een arts laagdrempelig toegankelijk zijn. [17-19, 28, 32]

De waarde van deze studie wordt beperkt door het lage aantal deelnemers. Verscheiden factoren hadden een invloed op de beperkte studiepopulatie. Ten eerste was er de onverwachte opkomst van COVID-19, waardoor niet-dringende zorg een tijd lang naar de achtergrond werd verschoven. Verder werden Franstalige deelnemers geëxcludeerd vermits de Anticonceptiewijzer enkel in het Nederlands beschikbaar is. In beide praktijken waar de studie uitgerold werd, was er een belangrijk aandeel Franstalige patiënten waardoor het aantal

potentiële deelnemers gereduceerd werd. Daarenboven gaat slechts 1.73/1000 consulten in de Belgische huisartsenpraktijk over anticonceptie. [2] Vermits anticonceptie als chronische medicatie kan beschouwd worden, zal een groot deel van deze consulten over opvolging gaat in plaats van de keuze voor een anticonceptiemethode. [2, 3]
Een andere belangrijke beperking van deze studie is dat enkel het perspectief van de patiënte werd bestudeerd om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden. De bruikbaarheid van de Anticonceptiewijzer vanuit het perspectief van de arts werd niet beschouwd. Om een volledige implementatie van de tool in de huisartsenpraktijk te evalueren, moeten alle betrokken partijen bevraagd worden.

Binnen de studiepraktijken werd weerhouden dat de Anticonceptiewijzer de patiënte kan ondersteunen in het identificeren van haar prioriteiten bij het gebruik van anticonceptie. Om het gebruik van de Anticonceptiewijzer algemener bij de huisarts te introduceren, dient onderzoek de gap tussen kennis van de huisarts en elementen in de Anticonceptiewijzer verder te identificeren. Op deze manier kan de meerwaarde voor de huisarts verder bepaald worden. Ook dient een meer representatief onderzoek met een grotere studiepopulatie uitgevoerd te worden bij patiënten om onze bevindingen te toetsen en mogelijke verbeterpunten van de Anticonceptiewijzer te identificeren. Indien grootschalig onderzoek kan aantonen dat de Anticonceptiewijzer een meerwaarde is in de huisartsenpraktijk, kan ook gewerkt worden aan een vertaling naar de andere landstalen of andere veelgesproken talen.

Conclusie

Patiënten vinden het belangrijk volledig geïnformeerd te worden over alle anticonceptiemethoden en dit vereenvoudigt voor hen ook de keuze. De Anticonceptiewijzer tijdens het anticonceptieconsult kan een meerwaarde bieden om de beleving en de opvattingen van de patiënte centraal te zetten. Patiënten kunnen dankzij de Anticonceptiewijzer hun prioriteiten bij een anticonceptiemiddel beter bepalen. Desondanks missen patiënten bepaalde informatie in de Anticonceptiewijzer. Naast de kostprijs vinden zij onvoldoende informatie over verscheidene medische aspecten van anticonceptie terug in de Anticonceptiewijzer.

Binnen het anticonceptieconsult is het de arts die als medisch expert kan optreden om deze vragen en overwegingen op te nemen.
Deze bevindingen moeten bevestigd worden in een grote, representatieve onderzoekspopulatie. Verder dient ook het perspectief van de huisarts en zijn vaardigheden met het anticonceptieconsult verder onderzocht worden om het gebruik van de Anticonceptiewijzer ten gronde te evalueren en eventueel te implementeren.

Referenties

1. Charafeddine R, Braekman E, Drieskens S. Gezondheidsenquête 2018: Seksuele gezondheid. Brussel: Sciensano. 2019. Rapportnummer: D/2019/14.440/60.

2. Peremans L, van Leeuwen E, Delvaux N, Keppens K, Yilkilkan H. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Hormonale anticonceptie. Huisarts Nu 2012;41:S1-S32.

3. Kivijärvi A. Anticonceptie: opstart, keuze van de methode en follow-up. Duodecim Medical Publications Ltd [Internet]. 2019 Mei 14 [geciteerd 18 apr 2020];ebm00570(027.001):[ongeveer 3p.]. Beschikbaar op: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00570.

4. Kivijärvi A. Hormonale Anticonceptie. Duodecim Medical Publications Ltd; [Internet]. 2019 Mei 10 [geciteerd 18 apr 2020];ebm00572(027.003):[ongeveer 5p.]. Beschikbaar op: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00572.

5. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2010;15(1): 4-16.

6. Christiaens T, De Loof G, Maloteaux JM. Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium 2020. Gent: BCFI; 2020.

7. Barnhoorn PC, Bruinsma ACA, Bouma M, et al. NHG-Standaard: Anticonceptie [Internet]. Utrecht: NHG; 2020 [geciteerd 11 apr 2020]. Beschikbaar op: https://richtlijnen.nhg.org/files/pdf/100_Anticonceptie_mei-2020.pdf.

8. Maybin JA, Critchley HOD. Medical management of heavy menstrual bleeding. Womens Health (Lond). 2016 Jan;12(1):27-34.

9. Lachinsky N, Van Velde JL, Wildschut J. Behandeling van hirsutisme met cyproteronacetaat. Ned Tijdschr. Geneeskd. 1976 Jan31;120(5):184-89

10. Anticonceptie [Internet]. Antwerpen: Alles over Seks van Sensoa; c2020. [geciteerd 23 nov 2020]. Beschikbaar op: https://www.allesoverseks.be/anticonceptie.

11. Saarikoski. Anticonceptie bij patiënten met systeemziekten. Duodecim Medical Publications Ltd; [Internet]. 2019 Nov 11 [geciteerd 11 apr 2020]; ebm00576(027.008):[ongeveer 2p.]. Beschikbaar op: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00576

12. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive counseling: Best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. Clin Obstet Gynecl. 2014 Dec;57(4):659-73.

13. He K, Dalton VK, Zochowski MK, Stidham Hall K. Women's contraceptive preference-use mismatch. J Womens Health (Larchmt). 2017 Jun 1;26(6):692-701.

14. Cebam Digital Library for Health [Internet]. Leuven: Hoe zoeken?; c2021 [geciteerd 18 apr 2020]. De kennispiramide; [ongeveer 4 schermen]. Beschikbaar op: https://www.cdlh.be/nl/help/hoe-zoeken.

15. Kivijärvi A. Andere anticonceptiemethoden. Duodecim Medical Publications Ltd; [Internet]. 2019 Oct 25 [geciteerd 11 apr 2020];ebm00574(027.005):[ongeveer 2p.]. Beschikbaar op: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00574.

16. Kivijärvi A. Spiraaltje. Duodecim Medical Publications Ltd; [Internet]. 2018 Jan 3 [geciteerd 11 apr 2020];ebm00573(027.004):[ongeveer 2p.]. Beschikbaar op: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00573.

17. National Institute for Health and Care Excellence. Contraception. NICE; 2016 Sept 8. Rapport nummer: qs129.

18. National Institute for Health and Care Excellence. Long-acting reversible contraception. NICE; 2005 Oct 26. Rapport nummer: cg30.

19. National Institute for Health and Care Excellence. Contraceptive services for under 25s. NICE; 2014 Maa 26. Rapport nummer: ph51.

20. Verougstraete A. Is langdurige reversibele anticonceptie een goede keuze? Minerva [Internet]. 2014 Apr 15 [geciteerd 11 apr 2020];[ongeveer 2p.]. Beschikbaar op: http://www.minerva-ebm.be/NL/Analysis/20281.

21. Scullier JP. Anticonceptie: neemt het risico van veneuze en arteriële trombo-embolie toe bij oraal toegediende hormonale combinatiepreparaten? Minerva [Internet]. 2017 Feb 15 [geciteerd 11 apr 2020];[ongeveer 2p.]. Beschikbaar op: http://www.minerva-ebm.be/NL/Analysis/20323.

22. Peremans L. De pil en trombo-embolie? Minerva [Internet]. 2016 Mei 18 [geciteerd 11 apr 2020];[ongeveer 2p.]. Beschikbaar op: http://www.minerva-ebm.be/NL/Analysis/20288.

23. Peremans L. Is drospirenon in een 24 dagen combinatiepil effectiever dan in een 21 dagen pil? Minerva. 2011 Oct;10(9):108-9.

24. Sensoa [Internet]. Antwerpen: Wie is Sensoa; c2021. [geciteerd 18 apr 2021]. Beschikbaar op: https://www.sensoa.be/wie-is-sensoa.

25. Kiger ME, VarpioL. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. Med Teach. 2020 Aug;42(8):846-54.

26. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nurs Health Sci. 2013 Sep;15(3):398-405.

27. Wet betreffende de rechten van de patiënt van 2002. Pub. L. No. 2002022737, 43719 (September 26, 2002).

28. Eysenbach G. The impact of the Internet on cancer outcomes. CA Cancer J Clin. 2003 Nov-Dec;53(6):356-71.

29. Eysenbach G, Powell J, Kuss O, Sa ER. Empirical studies assessing the quality of health information for consumers on the world wide web: a systematic review. JAMA. 2022 May;287(20):2691-700.

30. Purcell GP, Wilson P, Delamothe T. The quality of health information on the internet. BMJ. 2002 Mar;324(7337):557-8.

31. Shelton Anderson A, Klemm P. The Internet: friend or foe when providing patient education? Clin J Oncol Nurs. 2008 Feb;12(1):55-63.

32. Yang Y, Asan O. Designing patient-facing health information technologies for the outpatient settings: a literature review. J Innov Health Inform. 2016 Apr:23(1):185.

33. Demarest S, Charafeddine R, Drieskens S, Berete F. Gezondheidsenquête 2018: Financiële toegankelijkheid van gezondheidszorgen. Brussel: Sciensano. 2020. Rapportnummer: D/2020/14.440/15.

34. Raidoo S, Kaneshiro B. Contraception counseling for adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol. 2017 Oct:29(5)310-5.

Bijlage 1: Vragenlijst

Beste patiënt,

Nog even belangrijk:
Tijdens deze vragenlijst zal meermaals sprak zijn van de **Anticonceptiewijzer**.
Dit is de online tool die je aan het begin van de consultatie met de huisarts overliep met vragen over jouw wensen voor anticonceptie. Deze tool werd opgesteld door **Sensoa**, het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid.

Alvast bedankt voor je deelname aan deze studie voor mijn masterproef Huisartsgeneeskunde.

Met vriendelijke groeten,

dr. Lotta Coenen

1. Hoe oud ben je?

Type vraag: invulvak, enkel cijfers mogelijk

2. Is dit de eerste maal dat je een anticonceptiemiddel wil gebruiken?
    i. Dit is de eerste maal dat ik anticonceptiemiddel overweeg.
    ii. Ik heb al eerder over anticonceptie nagedacht maar heb nog nooit een anticonceptiemiddel gebruikt.
    iii. Ik gebruikte voorheen al een ander anticonceptiemiddel.

Type vraag: verplicht, meerkeuze, 1 antwoordmogelijkheid mogelijk

3. Waarom wil je starten met anticonceptie? (meerdere opties mogelijk)
    i. Om niet zwanger te worden
    ii. Acne
    iii. Pijnlijke maandstonden
    iv. Overvloedige maandstonden
    v. Migraine
    vi. Ik heb nog geen maandstonden
    vii. Mijn omgeving raadde mij dit aan
    viii. Andere: …

Type vraag: verplicht, meerkeuze, meerdere antwoordmogelijkheden mogelijk, 'andere' met typezone

4. Kende je de Anticonceptiewijzer al voor je op consultatie kwam?

Ja – Nee

Type vraag: verplicht, meerkeuze, 1 antwoordmogelijkheid mogelijk

5. Heb je meer inzicht gekregen in wat voor jou belangrijk is bij het kiezen van een anticonceptiemiddel?
   Ja - Nee – weet niet

Type vraag: verplicht, meerkeuze, 1 antwoordmogelijkheid mogelijk

6. Geef aan of de stellingen van de Anticonceptiewijzer duidelijk waren voor jou?
   a. Hoe vaak wil je met anticonceptie bezig zijn
      Duidelijk – ongeveer – niet duidelijk
   b. Hormonen
      Duidelijk – ongeveer – niet duidelijk
   c. Menstruatie
      Duidelijk – ongeveer – niet duidelijk
   d. Privacy
      Duidelijk – ongeveer – niet duidelijk
   e. Dokter
      Duidelijk – ongeveer – niet duidelijk
   f. Kinderwens
      Duidelijk – ongeveer – niet duidelijk

Type vraag: verplicht, per subvraag 1 antwoordmogelijkheid mogelijk

7. Geef aan hoe belangrijk de stellingen voor jou waren, met andere worden of dit een grote rol speelt bij jou keuze voor een anticonceptiemiddel:
   a. Hoe vaak wil je met anticonceptie bezig zijn
      Heel belangrijk – belangrijk – slechts beetje belangrijk – onbelangrijk – geen mening
   b. Hormonen
      Heel belangrijk – belangrijk – slechts beetje belangrijk – onbelangrijk – geen mening
   c. Menstruatie
      Heel belangrijk – belangrijk – slechts beetje belangrijk – onbelangrijk – geen mening
   d. Privacy
      Heel belangrijk – belangrijk – slechts beetje belangrijk – onbelangrijk – geen mening
   e. Dokter
      Heel belangrijk – belangrijk – slechts beetje belangrijk – onbelangrijk – geen mening
   f. Kinderwens

Heel belangrijk – belangrijk – slechts beetje belangrijk – onbelangrijk – geen mening

Type vraag: verplicht, per subvraag 1 antwoordmogelijkeheid mogelijk

8. Heb je het idee dat je dankzij de Anticonceptiewijzer beter ondersteund bent bij de keuze van je anticonceptiemiddel?
    a. Heb je nieuwe anticonceptiemiddelen leren kennen?
       Ja – nee – weet niet
    b. Vind je het belangrijk informatie te krijgen over alle mogelijke conceptiemiddelen?
       Heel belangrijk – Belangrijk – neutraal – niet belangrijk – geen mening
    c. Weet je meer over de anticonceptiemiddelen die je al kende?
       Veel meer – meer – beetje meer – niets nieuws – geen mening
    d. Maakt de informatie het makkelijker om een keuze te maken?
       Veel makkelijker – eerder makkelijker – neutraal – eerder moeilijker – veel moeilijker

Type vraag: verplicht, per subvraag 1 antwoordmogelijkeheid mogelijk

9. Welke ondersteuning was voor jou belangrijk om tot een geïnformeerde keuze te komen? (meerdere opties mogelijk)
    i. Info van familie
    ii. Gesprek en mening van je partner
    iii. Verhalen van en gesprekken met vrienden
    iv. Info van je arts
    v. Brochures
    vi. Info op de website van sensoa
    vii. Online verhalen en getuigenissen
    viii. Andere …

Type vraag: verplicht, meerkeuze, meerdere antwoordmogelijkheden mogelijk, andere met typezone

10. Zijn er zaken die voor jou belangrijk zijn bij het kiezen van een voorbehoedsmiddel en niet aan bod kwamen in de Anticonceptiewijzer
    Ja – nee
    Zo ja, wat is er voor jou belangrijk:

Type vraag: verplicht, meerkeuze, indien ja komt er een tekstvak om de 'zo ja' aan te vullen

11. Zijn er nog dingen die je graag extra wil weten over anticonceptie die niet vermeld staan in de Anticonceptiewijzer?
    Ja – nee

Zo ja, wat wil je graag nog extra weten (meerdere opties mogelijk):

ix. Over hormonen in het algemeen
x. Over de relatie tussen anticonceptie en kanker
xi. Over het verband tussen anticonceptie en andere gezondheidsproblemen
xii. Over de morning-after pil
xiii. Andere …

Type vraag: verplicht, meerkeuze, indien ja komt er meerkeuze om de 'zo ja' aan te vullen met verschillende antwoordmogelijkheden en een invulvak bij 'anderen'

Bijlage 2: Onderzoeksprotocol

Onderzoeksvraag

Is de patiënte beter geïnformeerd bij het gebruik van de Anticonceptiewijzer tijdens het anticonceptieconsult?

Inleiding

1,73/1000 consultaties bij de huisarts gaat over anticonceptie. Dit kan gaan om de eenvoudige hernieuwing van een voorschrift. Hiervoor moet elke patiënte echter eerst langs de zoektocht naar het anticonceptiemiddel dat haar (en haar partner) het best bevalt. Deze zoektocht wordt geleid door zowel medische elementen als persoonlijke ervaringen en voorkeuren van de patiënte. Daarenboven wordt het gamma aan anticonceptiemethoden - laat staan de onderliggende specialiteiten - steeds uitgebreider. De keuze van de beste anticonceptie is daardoor zeker geen routineconsult.

Patiënten hebben verscheidene redenen om anticonceptie te willen opstarten. Daarenboven heeft elke patiënte een eigen beleving van seksualiteit en idee over anticonceptie. Het is dus niet altijd een rechtlijnige beslissing. Patiënten hebben verscheidene informatiebronnen, betrouwbaar en minder betrouwbaar, om hen te ondersteunen bij hun beslissing. Maar uiteindelijk zullen ze vaak toch bij een arts terecht komen om hun definitieve keuze te maken.

De taak van de huisarts is om patiënten zo goed mogelijk te begeleiden bij de keuze van een anticonceptiemiddel en hierbij rekening te houden met zowel de medische aspecten als de wensen en beleving van de patiënte.

Hiervoor hebben huisartsen verschillende richtlijnen tot onze beschikking – domus medica, NHG, duodecim. Zij focussen zich voornamelijk op het medische aspect en soms excluderen zij ook een groep van anticonceptiemethoden waardoor een onvolledige vergelijking wordt gemaakt. Aldus is het niet zo evident om patiënten te informeren over het volledige pakket aan anticonceptiemethoden.

Sensoa heeft getracht een tool op te stellen voor vrouwen om hen te helpen bij hun keuze. Dit willen ze vooral doen op basis van correcte en uitgebreide informatie over zoveel mogelijk anticonceptiemiddelen. Ze vertrekken vanuit een aantal basiseisen en de beleving van de patiënte om hen een aantal methoden voor te stellen met uitgebreide informatie. Hierbij nemen

ze alle mogelijke anticonceptiemethoden – hormonaal, niet-hormonaal, invasief, non-invasief, systemisch, lokaal, niet-medicamenteus, medicamenteus – in beschouwing.
Aangezien deze tool vertrekt vanuit de beleving van de patiënte en als doel heeft haar te informeren, stellen wij ons de vraag of dit een aanvulling kan zijn op de kennis die de huisarts haalt uit de richtlijnen. Om zo de patiënte een anticonceptiemethode te laten gebruiken die haar zowel qua beleving, levensstijl als vanuit medisch perspectief goed aanvoelt.

Met dit onderzoek willen we nagaan of het gebruik van deze tool een meerwaarde is in de huisartsenpraktijk. Met name om de wensen van de patiënte na te gaan en beter te kunnen informeren over voor- en nadelen van de vele verscheidene methoden. We doen dit door de tool op een gestandaardiseerde wijze te gebruik in de consultatie. Na de consultatie wordt de patiënte via een anonieme enquête bevraagd.
Dit onderzoek heeft niet tot doel de tevredenheid op lange termijn te bevragen alsook niet de opvolgconsultaties te evalueren.

Onderzoeksprotocol

1. Methodologie

Het doel van deze studie is om na te gaan of de ‘Anticonceptiewijzer’ van Sensoa de huisarts kan ondersteunen in het informeren van patiënten bij het kiezen van een anticonceptiemethode. Het onderzoek wil de ervaring van de patiënte met de Anticonceptiewijzer evalueren.
Een interventioneel, diagnostisch onderzoek werd opgezet waarbij voornamelijk kwantitatieve gegevens worden verzameld door middel van een anonieme vragenlijst. Daarnaast zullen ook enkele kwalitatieve gegevens verzameld worden door middel van diezelfde vragenlijst. Deze beperkte kwalitatieve data kunnen de kwantitatieve data vervolledigen en veronderstellingen van de onderzoekers ondermijnen.

2. Onderzoeksopzet

1,73/1000 consultaties bij de huisarts gaat over anticonceptie, waarbij het meest delicate consult de opstart of switch van anticonceptiemethode. Om de patiënte te informeren en ondersteunen bij deze keuze baseert de huisarts zich op de bestaande richtlijnen.
Echter de richtlijnen zijn vaak restrictief tot een beperkt deel van het brede gamma aan anticonceptiemethoden en gefocust op de medische aspecten van anticonceptie.

De Anticonceptiewijzer kan een aanvulling zijn op de huisartsrichtlijnen om de patiënte te informeren over alle anticonceptiemethoden. Daarenboven worden zowel medische als sociale, seksuele, economische en andere aspecten van anticonceptie in deze tool besproken.
Deze studie wil zich voornamelijk richten op de ervaring van de patiënte en nagaan of zij beter geïnformeerd is na het gebruik van de Anticonceptiewijzer. Daarom zal de Anticonceptiewijzer gebruikt worden tijdens het anticonceptieconsult en zal de patiënte onmiddellijk na de consultatie een vragenlijst invullen om haar ervaring te beoordelen.

3. Inclusie en exclusie van deelnemers

Enkel vrouwelijke patiënten die anticonceptie wensen op te starten of van anticonceptiemethode wensen te veranderen zullen geïncludeerd worden in de studie. Indien het gaat om een patiënte die wenst te veranderen van anticonceptiewijze, includeren we enkel zij die willen veranderen van anticonceptiemethode. Vrouwen die binnen eenzelfde gamma willen wijzigen worden geëxcludeerd van dit onderzoek. De reden voor de opstart van anticonceptie wordt niet in beschouwing genomen.
Meisjes onder de 14 jaar worden geëxcludeerd daar de algemene consus stelt dat het onder deze leeftijd afgeraden is hormonale anticonceptie op te starten. Meisjes van 14 jaar tot en met 17 jaar - minderjarige patiënten - worden enkel geïncludeerd indien de ouders of de voogd aanwezig zijn bij de consultatie en schriftelijke toestemming geven. Daarenboven dient ook de minderjarige patiënte zelf nadrukkelijke toestemming tot deelneming te geven nadat zij op maat werd geïnformeerd over het onderzoeksopzet.
Enkel Nederlandstalige patiënten worden geïncludeerd aangezien de tool van Sensoa enkel in het Nederlands beschikbaar is.

4. Rekrutering van deelnemers

Het onderzoek zal uitgevoerd worden in de huisartsenpraktijk waar de hoofdonderzoeker werkzaam is tijdens de opleidingsperiode. Het onderzoek zal dus geïntegreerd worden in de dagelijks werking van de opleidingspraktijk.
Wanneer een vrouwelijke patiënte zich presenteert met de vraag om anticonceptie op te starten of haar anticonceptiemethode te wijzigen zal de consulterend huisarts de inclusie- en exclusiecriteria nagaan. Het is aldus ook de consulterend huisarts – hoofdonderzoeker of mede-onderzoeker – die het verder verloop van de onderzoeksprocedure zal begeleiden voor de desbetreffende patiënte.

Hiervoor zullen alle mede-onderzoekers een introductie krijgen tot het onderzoeksopzet, de te volgen procedure. Ook zal er voor hen een kennismaking met de Anticonceptiewijzer en de vragenlijst georganiseerd worden.
Tijdens het bestaande wekelijks overleg tussen de hoofdonderzoeker en de praktijkopleiders kunnen eventuele vragen omtrent het protocol, vragenlijst of anderen opgelost worden.

5. Onderzoeksverloop

Indien een patiënte wel voldoet aan de in- en exclusiecriteria wordt het onderzoeksopzet met de verschillende elementen aan de patiënte voorgesteld. Indien de patiënte - of de ouders/wettelijke voogd van een minderjarige patiënte en de patiënte zelf - akkoord is voor een deelname wordt haar gevraagd het informed consent te tekenen in tweevoud.
De onderzoeker bespreekt met de patiënte het gebruik van de Anticonceptiewijzer van Sensoa tijdens de consultatie alsook in tweede instantie het invullen van de anonieme enquête na afloop van de consultatie. Hierbij wordt ook de tijdsinvestering van de patiënte besproken en de anonieme verwerking van de gegevens. Tot slot zal ook duidelijk vermeld worden dat de patiënte op elk moment kan vragen het onderzoeksopzet stop te zetten zonder consequenties voor verdere zorg. Deze beslissing zal onmiddellijk gerespecteerd worden door de onderzoeker-huisarts, verdere zorgverlening zal verlopen volgens de state-of-the-art.

De onderzoeker-huisarts start het anticonceptieconsult met het openen van de anticonceptietool op de eigen computer. Samen met de patiënte overloopt de onderzoeker-huisarts de stellingen van de anticonceptietool van Sensoa. De onderzoeker-huisarts vult de antwoorden van de patiënte in. Hierbij overloopt de huisarts enkel de stellingen en geeft geen extra opmerkingen bij de vragen. De arts kan wel eventueel de stelling verduidelijken. Bij een minder taalvaardige patiënte kan zanzu.be gebruikt worden ter ondersteuning. Dit opdat de Anticonceptiewijzer zo veel mogelijk wordt gebruikt in zijn oorspronkelijk opzet.
Op basis van de antwoorden van de patiënte zal de Anticonceptiewijzer een aantal anticonceptiemethoden naar voor schuiven.
De arts en de patiënte overlopen samen de voorgestelde anticonceptiemethoden en de bijhorende informatie gegeven door de Anticonceptiewijzer.
Hierna verloopt het anticonceptieconsult zoals aanbevolen in de beschikbare wetenschappelijke literatuur: de patiënte kan bijkomende vragen stellen, dewelke de arts conform zijn kennis en de wetenschappelijke literatuur beantwoordt. Verder zal de arts ook een uitgebreide anamnese

doen om mogelijke contra-indicaties na te gaan en de patiënte ook op dit niveau adviseren, zoals beschreven in de richtlijnen.
De uiteindelijke keuze voor het anticonceptiemiddel ligt bij de patiënte, zoals de patiëntenrechten en richtlijnen voorschrijven.
De huisarts zal het voorschrift afleveren en correct gebruik, neveneffecten en opvolgingsconsultaties overlopen met de patiënte. Ook dit verloopt zoals aanbevolen in de nationale en internationale anticonceptierichtlijnen voor huisartsen.
Met andere worden, na het bespreken van de 'Anticonceptiewijzer' verloopt de consultatie en opvolging conform de meest recente aanbevelingen.

De uiteindelijke dataverzameling bestaat uit een anonieme online vragenlijst.
Na het beëindigen van de consultatie wordt de patiënte gevraagd de online vragenlijst in te vullen in afwezigheid van de huisarts-onderzoeker. De vragenlijst werd opgesteld door de onderzoeker op basis van de Anticonceptiewijzer, Sensoa's doelstellingen hiermee en de wetenschappelijke literatuur met als doel de relevantie voor de patiënte binnen de huisartsencontext na te gaan. De vragenlijst bevraagt geen gegevens op basis waarvan de patiënte geïdentificeerd kan worden.
De vragenlijst werd gereviseerd door Sensoa, de praktijkopleider van de onderzoeker en de promotor. De enquête werd ook aan enkele niet-medici, behorend tot de doelgroep van het onderzoek, voorgelegd om de interpretatie en begrijpbaarheid van de vragen en instructies na te gaan.
De vragenlijst wordt op anonieme wijze ingevuld, in afwezigheid van de arts. Het device waarop de enquête wordt ingevuld wordt voorzien door de hoofdonderzoeker, op deze manier wordt er ook gebruik gemaakt van de internetverbinding van de huisartsenpraktijk en kunnen aldus deelnemers niet geïdentificeerd worden. Na het invullen zullen de onderzoekers de antwoorden niet kunnen opvragen.

6. Data-analyse en data-bewaring

De online-enquête wordt opgesteld door middel van Surveymonkey. Doordat de enquête steeds op hetzelfde device en met eenzelfde internetverbinding worden geregistreerd zullen deelnemers niet geïdentificeerd kunnen worden, met andere woorden de enquête wordt anoniem ingevuld.
Na het verlopen van de dataverzamelingsperiode zal de hoofdonderzoeker de antwoorden vanuit surveymonkey exporteren naar excel. Hierbij wordt dus gekozen de online module van

surveymonkey voor het analyseren van data niet te gebruiken opdat de vragenlijst en bijhorende gegevens online kunnen worden verwijderd. Zodoende zullen ook alle data-verwerking en data-analyses offline verlopen.
Vanuit excel kunnen de kwantitatieve data geïmporteerd worden in SPSS voor verdere data-analyse. Kwalitatieve data zal zoveel mogelijk gekwantificeerd worden alvorens de analyse in SPSS te starten. Hierbij zal de hoofdonderzoeker nagaan welke antwoorden voorkomen bij open vragen in een kwantitatieve vraagstelling.
Verder zal de kwalitatieve data ook geanalyseerd worden volgens de grounded theory om bijkomende verbanden bloot te leggen.

Geen andere gegevens dan de gegevens uit de vragenlijst zullen verzameld worden voor de data-verwerking en data-analyse.

Het invullen van de Anticonceptiewijzer gebeurt op de computer en met de internetverbinding van de onderzoeker-arts. Deze gegevens worden niet bewaard aangezien zij geen onderwerp van het onderzoek.

Onderzoekskwaliteit

Tijdens het onderzoek zal er wekelijks overleg zijn tussen de hoofdonderzoeker en de praktijkopleider om de kwaliteit van het onderzoek en de data te bespreken. In dit kader zal er ook maandelijks overleg plaatsvinden met alle onderzoekers om de kwaliteit en verloop van het onderzoek te evalueren.
Tijdens het onderzoek en de data-analyse zijn er regelmatig intervisies tussen hoofdonderzoeker en promotor om de kwaliteit van de data, de data-analyse en resultaten te bewaken.

Aantal deelnemende patiënten

100

Onderzoekers

Hoofdonderzoeker

dr. Lotta Coenen – huisarts in Opleiding

Promotor

Prof. dr. Johan Vansintejan – voorzitter vakgroep huisartsgeneeskunde

Mede-onderzoekers

dr. Kathy Bouez – huisarts Huisartsencentrum Lembeek, praktijkopleider ICHO

dr. Tine Dusauchoit – huisarts Horizon, praktijkopleider ICHO

dr. Gaëlle Wilmet – huisarts, Huisartsencentrum Lembeek

dr. Vincent Janssens – huisarts Horizon

dr. Dounia Logdali – huisarts Horizon

dr. Nathalie Vanbeylen – huisarts Horizon, praktijkopleider ICHO

Timing

1/02/2020 – 30/09/2020

Literatuurreview, overleg met partners en mede-onderzoekers, bestuderen onderzoekscontext, opstellen en uitwerken onderzoeksopzet

1/10/2020 – 31/12/2021

Opstart en uitvoeren onderzoeksopzet en dataverzameling door middel van consultaties en vragenlijst

1/01/2022 – 31/01/2022

Data-analyse

1/02/2022 – 31/03/2022

Schrijfproces masterproef

Bijlage 3: Goedkeuring ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

PROF. DR. J. VANSINTEJAN
HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Tel +32 2 477 55 84
Fax +32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Brussel, 18-11-2020

Ons Kenmerk: 2020/386

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
Is de patiënt beter geïnformeerd bij het gebruik van de anticonceptiewijzer tijdens het anticonceptieconsult?
B.U.N. 1432020000261

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovenvermelde project, inclusief het antwoord dd 5-Nov-2020 op de vragen van de commissie, het studieprotocol versie 4 dd 5-Nov-2020, het informatie- en toestemmingsformulier versie 3 dd 3-Nov-2020 en de vragenlijst versie 5 dd 3-Nov-2020, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens de **vergadering van 18 november 2020**

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

Prof. Dr. D. Michielsen, voorzitter

Cc: FAGG, Departement R&D, Eurostation blok 2, Victor Hortaplein 40 / 40, 1060 BRUSSEL