Is er nood aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat is hierbij de rol van de huisarts?

Luypaert Axana, KU Leuven

Platteeuw Josephine, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte, KU Leuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2023

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.

Dankwoord

Dit onderzoeksproject was er niet gekomen zonder de hulp en steun van enkele mensen. In de eerste plaats zijn we de deelnemende vrouwen en huisartsen zeer dankbaar voor hun eerlijke en open houding. Zonder hen was er van dit onderzoek geen sprake.

Ook een welgemeende dank u wel aan het thuisfront, in het bijzonder aan Christophe en Cedric, voor hun bemoedigende woorden en onuitputtelijke steun en begrip. Uiteraard willen we ook onze beide ouders bedanken, zonder hen waren onze studies tot huisarts niet mogelijk geweest.

Als laatste willen wij onze promotor, Prof. Dr. Schoenmakers Birgitte, van harte bedanken voor haar uitstekende begeleiding, alsook haar constructieve en snelle feedback. Zonder haar inzicht en kennis over zowel het wetenschappelijk onderzoek als het onderwerp zou dit project niet tot een goed einde zijn gekomen.

Wij wensen jullie veel leesplezier.

Axana Luypaert en Josephine Platteeuw

April 2023

Abstract

HAIO: Axana Luypaert en Josephine Platteeuw
Katholieke Universiteit Leuven
Promotor: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

Achtergrond: Ondanks het verhogen van de toegankelijkheid van de morning-afterpil door deze vrij en gratis verkrijgbaar te maken, kende het gebruik slechts een beperkte stijging in de afgelopen twee decennia. Eerdere studies brachten aan het licht dat patiënten ondermaats geïnformeerd werden en het gebruik van orale noodanticonceptie niet of niet goed kenden. De positie van artsen in de eerste lijn is uitermate geschikt om de seksuele gezondheid te bespreken. Deze vaststellingen hebben geleid tot de onderzoeksvraag: Is er nood aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat is hierbij de rol van de huisarts?

Methode: Er werd een kwalitatief en observationeel onderzoek opgezet waarbij data cross-sectioneel door middel van enquêtes werd verzameld met als doel meer zicht te krijgen op het gebruik van noodanticonceptie, de reden hiervoor en de rol die de huisarts hierin kan spelen volgens de deelneemsters.

Resultaten: Dit onderzoek toonde aan dat meer dan 1 op 3 vrouwen ooit orale noodanticonceptie gebruikte. De mediaan van het eerste gebruik ligt op 16 jaar. De voornaamste redenen van het gebruik zijn het zeker willen uitsluiten van zwangerschap ondanks al dan niet correct gebruik van anticonceptie en het verkeerd of niet gebruiken van anticonceptie. Slechts 1 op 20 vrouwen kreeg uitleg over noodanticonceptie van hun huisarts, terwijl 9 op 10 het wel belangrijk vinden om hierover geïnformeerd te worden. 9 op 10 deelneemsters zijn er dan ook van overtuigd hun kennis te kunnen vergroten door een gesprek met de huisarts, een brochure of via een website. Gelijktijdig zien we dat 1 op 4 huisartsen nooit noodanticonceptie bespreekt met de patiënt, terwijl de meeste huisartsen wel aangeven dit belangrijk te vinden. De voornaamste redenen hiervoor zijn tijdsgebrek en mogelijke overflow aan informatie.

Conclusie: Een groot deel van de innames van orale noodanticonceptie is onnodig en kan voorkomen worden door het beter informeren van de patiënt. Er is nood aan het bespreken van anticonceptie na het gebruik van noodanticonceptie bij patiënten die hun anticonceptiemethode verkeerd toepassen. Als de arts in kaart kan brengen of de patiënt nood had aan noodanticonceptie en wat hiervoor de reden was, kan hij waar nodig samen met de patiënte op zoek gaan naar een meer geschikte anticonceptie tijdens een consultatie, eventueel ondersteund door een brochure of website.

ICPC W = zwangerschap, bevalling en geboorteregeling

Inhoud

DANKWOORD **3**

ABSTRACT **4**

INHOUD **5**

INLEIDING **6**

METHODEN **7**

Onderzoeksvraag en design *7*

Deelnemers *7*

Datacollectie *7*

Gegevensanalyse *8*

Ethische commissie *8*

RESULTATEN **9**

Patiënten *9*

Respons en profiel patiënten 9

Anticonceptie 10

Noodanticonceptie 11

Vraag naar opmerkingen en suggesties 12

Huisartsen *12*

Respons en profiel huisartsen 12

Anticonceptieconsult 13

Kennistoets over noodanticonceptie 14

Vraag naar opmerkingen of suggesties 15

DISCUSSIE **16**

Nood aan bespreken van anticonceptie na noodanticonceptiegebruik *16*

De huisarts speelt een belangrijke rol *16*

Limitaties *17*

CONCLUSIE **17**

REFERENTIES **18**

BIJLAGEN **19**

Inleiding

Sinds 1 juni 2001 werd het noodzakelijke doktersvoorschrift voor de morning-afterpil achterwege gelaten in een poging om het aantal ongeplande zwangerschappen terug te dringen.[1] Ondanks het verhogen van de toegankelijkheid zien we dat het gebruik van de morning-afterpil slechts een beperkte stijging kende in de afgelopen twee decennia: in 2001 was dit 0,5% van de seksueel actieve vrouwen tussen 15 en 44 jaar tegenover 1,2% in 2018.[2] Ook het abortuscijfer, het aantal abortussen per 1000 vrouwen in de reproductieve leeftijd (15-44 jaar), is gestegen van 7,5 in 2003 naar 8,4 in 2019.[3] Mogelijks speelt, naast verbetering van registratie, het ondergebruik van noodanticonceptie hierbij een rol. Uit een Franse studie waarin 706 vrouwen opgevolgd werden die at risk waren voor een ongeplande zwangerschap omwille van geen of foutief gebruik van orale contraceptie zonder zwangerschapswens, bleek slechts 11,1% noodanticonceptie te hebben gebruikt.[4] Van hen bleek 95,5 % al gehoord te hebben van de noodpil, maar slechts 19,6% kende het correcte gebruik ervan. Een Belgisch onderzoek uit 2005 dat simulatiepatiënten naar huisartsen stuurde voor een eerste pilvoorschrift bracht aan het licht dat ongeveer 10% van de deelnemende huisartsen tijdens het anticonceptieconsult informatie verstrekte over de vrije verkoop van de noodpil en zelfs helemaal niemand over het gebruik ervan.[5]

Reeds in 2008 werden huisartsen via hun beroepsvereniging Domus Medica aangespoord om vrouwelijke patiënten tijdens gynaecologische consulten in de huisartsenpraktijk te informeren over het gebruik van noodanticonceptie en niet te wachten tot patiënten hieromtrent consulteren.[6] Dit gebeurde naar aanleiding van een studie in Antwerpse huisartsenpraktijken in 2006 waarin het gebruik van noodanticonceptie en de reden waarom werd nagegaan bij vrouwen onder de 40 jaar.[7] Hieruit bleek dat 23,5% van de deelneemsters al eens een morning-afterpil had gebruikt. Bovendien bleek dat het gebruik van orale noodanticonceptie gecorreleerd is met een verhoogde incidentie van Chlamydia trachomatis. De verkoop van de noodpil bleef echter stabiel tussen 2010-2017.[8] Sinds 1 april 2020 is de klassieke morning-afterpil met levonorgestrel gratis voor elke vrouw.[9] Het effect van deze terugbetaling kan nog niet in kaart worden gebracht.

De positie van artsen in de eerste lijn leent zich uitermate goed om de seksuele gezondheid van patiënten te bespreken, zeker bij seksueel actieve vrouwen die over het algemeen in goede gezondheid verkeren. De huisarts ziet deze patiënten het vaakst van alle zorgverleners. Zij consulteren bijvoorbeeld voor een pilvoorschrift, een preventief gynaecologisch onderzoek of infectieuze problematiek.

De vraagstelling van deze masterproef huisartsgeneeskunde is dan ook of er nood is aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat hierbij de rol is van de huisarts.

Methoden

Onderzoeksvraag en design

Is er nood aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat is hierbij de rol van de huisarts? Om een antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag werd een kwalitatief en observationeel onderzoek uitgevoerd bij patiënten en huisartsen, waarbij data cross-sectioneel door middel van enquêtes werd verzameld.

Voor beide onderzoeksgroepen werd een enquête opgesteld. Deze werden ontwikkeld op basis van literatuur en de huidige richtlijnen "Anticonceptie" van NHG[10] en Domus Medica[11]. De vragenlijsten waren enkel beschikbaar in het Nederlands.

De enquête voor de patiëntengroep bestond uit twee delen. Het eerste deel omvatte de demografische gegevens. Het tweede deel bevroeg het gebruik van (nood)anticonceptie en of er hierover advies werd gegeven door de huisarts. Verder werd gepeild naar de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de huisarts. De enquête omvatte 21 vragen waarvan 3 vragen demografische gegevens, 1 schuifschaal, 9 ja/nee-vragen, 3 meerkeuzevragen, 2 open vragen en 3 vragen gescoord aan de hand van een Likertschaal. Bij aanvang werd geïnformeerde toestemming gevraagd.

De enquête voor de huisartsengroep bevroeg als eerste de demografische gegevens en vervolgens de rol van de huisarts in twee delen. Het eerste deel toetste de kennis van (nood)anticonceptie, het tweede deel was een peiling naar de aanpak van het anticonceptieconsult en het bespreken van noodanticonceptie in de praktijk. De enquête omvatte 12 vragen waarvan 1 vraag demografische gegevens, 1 schuifschaal, 6 meerkeuzevragen, 1 open vraag en 3 vragen gescoord aan de hand van een Likertschaal. Bij aanvang werd geïnformeerde toestemming gevraagd.

Op het einde van de vragenlijst werd ruimte voor aanvulling door patiënt of arts in de vorm van vrije tekst voorzien.

Deelnemers

De patiëntengroep bestaat uit vrouwen in de vruchtbare leeftijd tussen 16-55 jaar. Zij die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, worden geëxcludeerd. De huisartsengroep bestaat zowel uit actieve huisartsen als huisartsen in opleiding.

Datacollectie

De enquêtes waren online beschikbaar. Ze werden via Qualtrics opgesteld en verspreid in meerdere groepen op sociale media (Facebook en Instagram). Om voldoende huisartsen te rekruteren werd de link naar de online enquête verspreid via de nieuwsbrief of via e-mail van meerdere huisartsenkringen waaronder KHOBRA (Oost-Brabant), HAK Middenkust en HABO (Brugge en omgeving) alsook online via Domus Medica en het ICHO-platform.

De gegevens werden verzameld tussen 1 december 2021 en 30 juni 2022 in Vlaanderen.

Gegevensanalalyse

Multivariate analyse werd uitgevoerd met de nood van patiënten om anticonceptie te bespreken en de mogelijke rol van de huisarts hierbij als afhankelijke variabelen. De onafhankelijke variabelen waren de kenmerken van arts en patiënt. Verder was er ook beschrijvende statistiek waarbij centrum- en spreidingsmaten werden verkend. Ook de vrije tekstantwoorden werden meegenomen in de analyse.

Ethische commissie

Ethische goedkeuring voor dit onderzoek werd aangevraagd via de online toetsingsprocedure op SCONE. Dit onderzoek kreeg dossiernummer MP018078. De goedkeuring vindt u in bijlage 2.

Resultaten

Gedurende 6 maanden werd een online enquête afgenomen bij huisartsen en vrouwen om te peilen naar het gebruik van en de kennis over noodanticonceptie en wat de rol van de huisarts hierbij is. Er werd gepeild naar het anticonceptiegebruik en onderzocht of de huisarts de anticonceptie moet aanpassen als er noodanticonceptie werd gebruikt. 568 vrouwen en 156 huisartsen gaven hun geïnformeerde toestemming om deel te nemen aan dit onderzoek.

Patiënten

Respons en profiel patiënten

Leeftijd

De deelnemende vrouwen komen uit verschillende leeftijdscategorieën. De meeste deelneemsters komen uit de leeftijdsgroep 21-30 jaar (74,42%). Omwille van leeftijd werden vier deelneemsters geëxcludeerd. (Tabel 1)

Nationaliteit

520 deelneemsters (96,65%) hebben de Belgische nationaliteit. (Tabel 1)

Relatiestatus

Van de deelneemsters blijken er 85 (15,28%) vrijgezel te zijn. 56 deelneemsters (10,07%) hebben een partner, maar wonen niet samen, terwijl 240 deelneemsters (43,17%) samenwonend zijn. De overige 175 (31,47%) zijn gehuwd. (Tabel 1)

Zwangerschap

307 deelneemsters (55,82%) aan ons onderzoek waren minstens één keer zwanger. 290 vrouwen (52,73%) gaven aan kinderen te hebben. Bij het navragen naar een zwangerschapsonderbreking in het verleden gaven 34 vrouwen (6,25%) een positief antwoord. 29 van hen (90,63%) hebben éénmalig een zwangerschap onderbroken, 3 vrouwen (9,38%) twee keer. (Tabel 1)

Tabel 1: demografische gegevens van de deelneemsters

Demografische gegevens		
Leeftijd		
16-20 jaar	13	2,33%
21-30 jaar	416	74,42%
31-40 jaar	90	16,10%
41-50 jaar	27	4,83%
51-55 jaar	13	2,33%
Nationaliteit		

Belg	520	96,65%
Nederlandse	17	3,16%
Zwitsers	1	0,19%
Relatiestatus		
Vrijgezel en woon bij mijn ouders	46	8,27%
Vrijgezel en alleenwonend	39	7,01%
Partner, niet samenwonend	56	10,07%
Partner, samenwonend	240	43,17%
Gehuwd	175	31,47%
Weduwe	0	0,00%
Vaste partner		
Ja	469	84,66%
Nee	85	15,34%
Seksuele contacten		
Ja	485	87,23%
Nog nooit gehad	20	3,60%
Nu niet	51	9,17%
Bent u ooit zwanger geweest?		
Ja	307	55,82%
Nee	243	44,18%
Hebt u kinderen?		
Ja	290	52,73%
Nee	260	47,27%
Hebt u ooit een zwangerschap onderbroken?		
Ja	34	6,25%
Nee	510	93,75%

Anticonceptie

Bij ons onderzoek blijkt de combinatiepil het meest populaire anticonceptiemiddel. Het werd gebruikt door 239 deelneemsters (33,24%), gevolgd door de hormonenspiraal door 122 deelneemsters (16,97%) en het condoom door 104 deelneemsters (14,46%). 32 deelneemsters (4,45%) geven aan niet zwanger te willen worden, maar geen voorbehoedsmiddelen te gebruiken. Onder de vrije antwoorden zien we ook vasectomie 10 keer terugkomen. *(Tabel 2)*

Tabel 2:
Deel 1: gebruik van anticonceptiemethoden i.f.v. de leeftijd
Deel 2: redenen van inname van de morning-afterpil i.f.v. de leeftijd
Deel 3: eerste gebruik van de morning-afterpil i.f.v. de leeftijd

Anticonceptiemethoden	**16-20 jaar**	**21-30 jaar**	**31-40 jaar**	**41-50 jaar**	**51-55 jaar**
Ik wil graag zwanger worden	1	33	6	0	0
Ik wil niet zwanger worden, maar gebruik geen voorbehoedsmiddelen	0	19	12	1	0
Ik heb geen seksuele contacten	4	21	1	1	0
Mijn partner trekt terug voor hij klaarkomt	2	25	4	0	0
Kalendermethode / tellen / temperatuursmeting	1	4	2	1	0

Condoom	3	80	17	3	0
Combinatiepil	9	193	25	6	6
Minipil	0	24	5	3	0
Prikpil	0	4	1	0	1
Spiraaltje met hormonen	0	82	24	11	6
Koperspiraaltje	1	14	6	1	0
Onderhuids staafje	0	3	0	0	0
Vaginale ring	0	21	3	1	0
Pleister met hormonen	0	1	1	0	0
Reden gebruik	**16-20 jaar**	**21-30 jaar**	**31-40 jaar**	**41-50 jaar**	**51-55 jaar**
Ik gebruikte geen anticonceptie	1	34	12	3	0
Ik was mijn pil vergeten	1	53	17	0	0
Ik nam mijn pil verkeerd	0	37	5	0	0
Het condoom was gescheurd	0	32	7	2	0
Ik wou extra zeker zijn	1	42	9	1	0
Leeftijd bij eerste gebruik	**In aantal**				**In percentage**
14-17 jaar	81				40,7%
18-25 jaar	105				52,77%
26-30 jaar	12				6,04%
> 30 jaar	1				0,50%

Noodanticonceptie

De enquête toont dat 206 vrouwen ooit de morning-after pil hebben gebruikt (37,80%). Het eerste gebruik valt voornamelijk tijdens de adolescentie (40,7%) of op jongvolwassen leeftijd (52,77%). De mediaan van het eerste gebruik is 16 jaar.

De voornaamste redenen zijn het vergeten van de orale anticonceptie bij 71 vrouwen (26,89%), het niet gebruiken van anticonceptie bij 50 vrouwen (18,94%), het verkeerd gebruiken van orale anticonceptiepil bij 42 vrouwen (15,91%), of scheuren van het condoom in 41 gevallen (15,53%). We merken op dat 53 vrouwen (20,08%) aangeven dat ze de morning-after pil gebruikten om extra zeker te zijn.

Van zij die de morning-after pil gebruikten hadden 10 hierover contact met de huisarts (4,74%). Op de vraag aan alle vrouwen of ze het belangrijk vinden om hun gebruik van noodanticonceptie te bespreken met de huisarts geeft het grote deel aan dit belangrijk (271 vrouwen, 50,75%) of heel belangrijk (122 vrouwen, 22,85%) te vinden.

Bij het peilen naar het anticonceptieconsult leren we dat 231 vrouwen (43,18%) uitleg kregen over verschillende anticonceptiemethoden voor ze een anticonceptiemiddel kozen. Over noodanticonceptie kregen 31 vrouwen (5,81%) uitleg van hun huisarts. We merken op dat het 357 vrouwen het belangrijk (66,48%) en 123 vrouwen het heel belangrijk (22,91%) vinden om tijdens een anticonceptieconsult uitleg te krijgen over de verschillende noodanticonceptiemethoden.

Gemiddeld schatten de patiënten hun kennis over noodanticonceptie 6,13/10 met een standaarddeviatie van 1,98. De mediaan is 7/10. In onderstaande tabel zien we de schatting van de eigen kennis in functie van de leeftijd. (Tabel 3)

Tabel 3: schatting kennis van de eigen score i.f.v. de leeftijd

Score op 10	16-20 jaar	21-30 jaar	31-40 jaar	41-50 jaar	51-55 jaar
Gemiddelde	5,4	6,1	6,5	6,4	5,3
Mediaan	6	7	7	8	5

173 vrouwen (32,95%) zijn ervan overtuigd dat een gesprek met de huisarts over noodanticonceptie hun kennis hierover zou kunnen versterken. 304 vrouwen (57,90%) schatten de kans waarschijnlijk in.

Er werd gevraagd aan de deelnemende vrouwen hoe zij het liefst geïnformeerd willen worden over noodanticonceptie. De meest gekozen methodes waren via een gesprek (240 vrouwen, 45,71%), een brochure (187 vrouwen, 35,62%) of via de website (83 vrouwen, 15,81%). 7 vrouwen (1,33%) gaven aan dat een combinatie van een gesprek en een brochure ideaal zou zijn voor hen, 5 vrouwen (0,95%) verkiezen een combinatie van gesprek, brochure en informatie via de website.

Vraag naar opmerkingen of suggesties

Een terugkomende opmerking (11 keer) is het belang van de gynaecoloog in het noodanticonceptieverhaal. Deze vrouwen bespreken dit liever met de gynaecoloog of vinden het aan de gynaecoloog om hierover een gesprek aan te knopen. Eén deelneemster vindt het ook een belangrijke taak van de apotheek om voldoende informatie te verschaffen bij het afhalen van de noodanticonceptie. Een andere deelneemster vindt dat de informatie die ze via de huisarts kreeg verschillend was van de informatie van de gynaecoloog, wat voor verwarring zorgde.

Huisartsen

Respons en profiel artsen

Aan de enquête voor artsen namen 150 artsen deel waaronder ook huisartsen in opleiding (HAIO's). (Tabel 4, deel 1)

Tabel 4:
Deel 1: profiel artsen
Deel 2: bespreking van de mogelijke vormen van noodanticonceptie en het gebruik hiervan tijdens het anticonceptieconsult gekoppeld aan het profiel van de artsen
Deel 3: hoe belangrijk artsen het vinden om het gebruik van noodanticonceptie te bespreken gekoppeld aan hoe vaak artsen de mogelijke vormen van noodanticonceptie bespreken
Deel 4: 'Zou u het nuttig vinden een e-learning te volgen' i.f.v. de ervaring van de arts

	Aantal	Percentage
HAIO	100	66.67%
Minder dan 5 jaar actief als huisarts	21	14,00%
Tussen 5 jaar en 10 jaar actief als huisarts	15	10,00%
Langer dan 10 jaar actief als huisarts	14	9,33%
Totaal	150	100,00%

	HAIO		< 5 jaar actief		5 - 10 jaar actief		> 10 jaar actief		Totaal
Nooit	77.14%	27	8.57%	3	11.43%	4	2.86%	1	35
Meestal niet	60.53%	46	19.74%	15	7.89%	6	11.84%	9	76
Meestal wel	71.43%	15	9.52%	2	4.76%	1	14.29%	3	21
Altijd	50.00%	1	0.00%	0	0.00%	0	50.00%	1	2
	Nooit		**Meestal niet**		**Meestal wel**		**Altijd**		**Totaal**
Zeker niet	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0
Eerder niet	30.56%	11	69.44%	25	0.00%	0	0.00%	0	36
Eerder wel	26.14%	23	54.55%	48	18.18%	16	1.14%	1	88
Zeker wel	10.00%	1	30.00%	3	50.00%	5	10.00%	1	10
	HAIO		**< 5 jaar actief**		**5 - 10 jaar actief**		**> 10 jaar actief**		**Totaal**
Zeker niet	100.00%	2	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	2
Eerder niet	57.14%	4	14.29%	1	14.29%	1	14.29%	1	7
Eerder wel	63.64%	28	18.18%	8	6.82%	3	11.36%	5	44
Zeker wel	67.16%	45	14.93%	10	8.96%	6	8.96%	6	67

Anticonceptieconsult

De enquête peilt naar hoe vaak een patiënt het gebruik van noodanticonceptie aanhaalt bij de huisarts. 82 (61,19%) artsen gaven aan jaarlijks een patiënt te hebben; 14 (10,45%) maandelijks. 38 (28,36%) artsen zeggen dit nog nooit meegemaakt te hebben.

Er zijn verschillende vormen van noodanticonceptie. In de enquête wordt er getoetst of de verschillende opties en het gebruik ervan tijdens een anticonceptieconsult worden besproken. Meer dan de helft van de artsen, 76 in totaal (56,72%), zegt dit meestal niet te doen. (Tabel 4, deel 2)

88 (65,67%) huisartsen vinden het eerder wel belangrijk om noodanticonceptie te bespreken, maar toch doen 23 (26,14%) ervan het nooit en 48 (54,55%) ervan meestal niet. Van de 10 (7,46%) huisartsen die het zeker wel belangrijk vinden om noodanticonceptie te bespreken, doet 1 (10%) het nooit, doen 3 (30%) het meestal niet, doen 5 (50%) het meestal wel en 1 (10%) huisarts doet het altijd. (Tabel 4, deel 3)

Bij de open toelichting schrijven 5 artsen dat ze noodanticonceptie vaak vergeten te bespreken. 20 artsen vinden het belangrijker de nadruk te leggen op correct anticonceptiegebruik in plaats van op noodanticonceptie. 4 artsen leggen noodanticonceptie al dan niet uit afhankelijk van het profiel van de patiënt die voor hen zit. Tijdsgebrek om noodanticonceptie te bespreken tijdens het consult wordt door 4 artsen vermeld. 7 artsen vinden dat er tijdens het anticonceptieconsult al te veel informatie wordt gegeven; noodanticonceptie vermelden zou de patiënten kunnen overweldigen.

Kennistoets over noodanticonceptie

De werking van orale noodanticonceptie is gebaseerd op het uitstellen van de ovulatie. 44 (36,67%) artsen hebben deze vraag juist beantwoord. (Tabel 5, deel 1)

114 (95%) artsen wisten dat een koperspiraal als noodanticonceptie werkt door een innesteling te voorkomen door een steriele ontsteking van het endometrium. (Tabel 5, deel 2)

Levonorgestrel 1,5mg moet zo snel mogelijk na het onbeschermd seksueel contact ingenomen worden, maar binnen de 72 uur. Dit is gekend bij 101 (84,17%) artsen. (Tabel 5, deel 3)

Ulipristalacetaat 30mg moet ook zo snel mogelijk na het onbeschermd seksueel contact ingenomen worden, maar zeker binnen de 5 dagen. 70 (58,33%) artsen hadden dit juist. (Tabel 5, deel 4)

Het koperspiraaltje is steeds de eerste keuze als noodanticonceptie gezien het de meest doeltreffende methode voor noodanticonceptie is, zeker als het onbeschermd seksueel contact tijdens of na de ovulatie heeft plaatsgevonden. 69 (57,50%) artsen wisten dit. (Tabel 5, deel 5)

Tabel 5: resultaten kennistoets

Resultaten kennistoets		
Deel 1: De werking van orale noodanticonceptie is gebaseerd op		
	Aantal	**Percentage**
Uitstel van ovulatie	44	36,67%
Afstel van ovulatie	26	21,67%
Voorkomen van innesteling door steriele ontsteking van het endometrium	23	19,17%
Afbreken van ingestelde zwangerschap	27	22,50%
Totaal	**120**	**100,00%**
Deel 2: De werking van het koperspiraal als noodanticonceptie is gebaseerd op		
	Aantal	**Percentage**
Uitstel van ovulatie	1	0,83%
Afstel van ovulatie	0	0,00%
Voorkomen van innesteling door steriele ontsteking van het endometrium	114	95,00%
Afbreken van ingestelde zwangerschap	5	4,17%
Totaal	**120**	**100,00%**
Deel 3: Levonorgestrel 1,5 mg (Norlevo®) kan gebruikt worden tot		
	Aantal	**Percentage**
24 u na onbeschermd contact	9	7,50%
72 u na onbeschermd contact	101	84,17%
120 u na onbeschermd contact	2	1,67%
Ik weet het niet	8	6,67%
Totaal	**120**	**100,00%**

Deel 4: Ulipristalacetaat 30 mg (EllaOne®) kan gebruikt worden tot		
	Aantal	**Percentage**
24 u na onbeschermd contact	1	0,83%
72 u na onbeschermd contact	30	25,00%
120 u na onbeschermd contact	70	58,33%
Ik weet het niet	19	15,83%
Totaal	**120**	**100,00%**
Deel 5: De meest effectieve noodanticonceptie is		
	Aantal	**Percentage**
Levonorgestrel 1,5 mg (Norlevo®) per os	17	14,17%
Ulipristalacetaat 30 mg (EllaOne®) per os	23	19,17%
Hormonenspiraal geplaatst binnen 120 u na onbeschermd contact	11	9,17%
Koperspiraal geplaatst binnen 120 u na onbeschermd contact	69	57,50%
Totaal	**120**	**100,00%**

Gemiddeld schatten de artsen hun kennis over noodanticonceptie 3,02/5 met een standaarddeviatie van 0,86. De mediaan is 3/5.

67 (55,83%) huisartsen geven aan het zeker nuttig te vinden een e-learning te volgen. 44 (36,67%) huisartsen zeggen het eerder wel nuttig te vinden. (Tabel 4, deel 4)

Vraag naar opmerkingen of suggesties

Eén arts vermeldt het belang om noodanticonceptie te bespreken na verkrachting. Twee artsen vinden de bespreking van noodanticonceptie eerder de rol van de apotheker. Eén arts zou graag weten wat er best aangehaald wordt tijdens een anticonceptieconsult.

Discussie

Er is nood aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en de huisarts speelt hierbij een belangrijke rol. Een groot deel van de innames van de morning-afterpil zijn onnodig en kunnen voorkomen worden door het beter informeren van de patiënt door de huisarts.

Nood aan het bespreken van anticonceptie na noodanticonceptiegebruik

Uit de literatuur blijkt dat één op vier seksueel actieve vrouwen ooit de morning-afterpil gebruikte. [7] Opvallend is dat de mediaan van het eerste gebruik op 16 jaar ligt, wat betekent dat ook de adolescente populatie tijdig geïnformeerd moet worden over noodanticonceptie. Een Frans onderzoek toonde aan dat 95,5% van de vrouwen al gehoord had over noodanticonceptie, maar slechts 1 op 5 het juiste gebruik ervan kent. [4]

Dit onderzoek toont dat een groot deel van de innames van de morning-afterpil onnodig zijn. Eén van de belangrijkste redenen voor het gebruik van noodanticonceptie blijft het zeker willen uitsluiten van een zwangerschap ondanks (al dan niet correct) gebruik van anticonceptie. Naast patiënten die de anticonceptie verkeerd innemen of vergeten, is er ook een groep die niet zwanger wil worden, maar geen anticonceptie gebruikt. Tot slot is er nog een kleinere groep die kwetsbaar is voor ongewenste zwangerschap door het gebruik van minder onderbouwde anticonceptiemethoden (coïtus interruptus, kalendermethode, temperatuurmeting).

De huisarts speelt een belangrijke rol

Door de huisartsen wordt (te) weinig gepraat over noodanticonceptie. Een Belgisch onderzoek bracht 15 jaar terug aan het licht dat geen enkele deelnemende huisarts het correcte gebruik van de morning-afterpil besprak tijdens het consult.[5] In dit onderzoek wordt aangetoond dat de campagne die Domus Medica in 2008 lanceerde om hierover meer informatie te verschaffen zijn doel heeft gemist.[6] Deze studie toont dat slechts 1/20 vrouwen uitleg kreeg over noodanticonceptie van hun huisarts, terwijl 9 op de 10 het belangrijk vindt om hierover tijdens het anticonceptieconsult geïnformeerd te worden. Van de deelneemsters geeft ook 9 op de 10 aan overtuigd te zijn hun kennis te kunnen vergroten door een gesprek met de huisarts, een brochure, de website of een combinatie hiervan. Gelijktijdig zien we dat 1 op 4 huisartsen nooit noodanticonceptie bespreekt met de patiënt, terwijl de meesten wel aangeven dit belangrijk te vinden. De voornaamste redenen hiervoor zijn tijdsgebrek en een mogelijke overflow aan informatie.

Het hoge percentage onnodige innames van orale noodanticonceptie zou voorkomen kunnen worden door het bespreken van de juiste indicaties met de patiënte. Dit gebeurt nu te weinig en de deelneemsters geven aan hier wel nood aan te hebben. Dit heeft verschillende voordelen: er zijn minder ongewenste zwangerschappen, maar ook de maatschappelijke kost van onnodige inname van orale noodanticonceptie is niet te verwaarlozen.

Het bespreken van noodanticonceptie tijdens het anticonceptieconsult zorgt ervoor dat er tijdens deze consultatie veel informatie wordt gegeven. We weten dat er meer informatie blijft hangen als die tijdens een doelgerichte raadpleging wordt verschaft. Een mogelijk

vervolgonderzoek op deze studie zou een implementatiestudie in het EMD kunnen zijn waarbij het sjabloon van het anticonceptieconsult aangepast wordt met een onderdeel over noodanticonceptie.

De huisartsen zijn vertrouwd met de werking van het koperspiraal en het gebruik van levonorgestrel als noodanticonceptie, maar de kennis over de werking van orale noodanticonceptie en het gebruik van ulipristalacetaat kan nog worden bijgeschaafd. De huisartsen schatten hun eigen kennis over noodanticonceptie eerder laag in en de meesten geven aan het nuttig te vinden een e-learning hieromtrent te volgen.

Limitaties

Zoals bij elke studie zijn er enkele limitaties verbonden aan het uitgevoerde onderzoek. Zo kan er bij de enquête voor huisartsen sprake zijn van selectiebias, aangezien deze voor 2/3e ingevuld werd door huisartsen in opleiding. Mogelijks is er ook respons bias wanneer artsen hun eigen anticonceptieconsult beter voorstellen dan in werkelijkheid gebeurt.

Deze studie toont een hoog percentage gebruik van noodanticonceptie in vergelijking met andere studies. (7) Hier kan er ook sprake zijn van respons bias van de patiënten. Patiënten die noodanticonceptie gebruikt hebben, kunnen zich meer aangesproken voelen om de enquête in te vullen.

Een andere limitatie is dat er in dit onderzoek enkel gepeild werd naar het gebruik van orale noodanticonceptie, terwijl de eerste keuze noodanticonceptie een koperspiraal is. Het gebruik hiervan werd niet in kaart gebracht.

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat een groot deel van de innames van de morning-afterpil onnodig zijn en voorkomen kunnen worden door het beter informeren van de patiënt. Dit komt de gezondheid van de patiënt, de werkvreugde van de arts en de maatschappelijke kost ten goede.

Er is nood aan het bespreken van anticonceptie na het gebruik van noodanticonceptie bij patiënten die hun anticonceptiemethode verkeerd toepassen. Als de arts in kaart kan brengen of de patiënt nood had aan noodanticonceptie en wat hiervoor de reden was, kan hij samen met de patiënt op zoek gaan naar een meer geschikte anticonceptiemethode.

Referenties

1. Belgische senaat. Schriftelijke vraag nr. 4-2351 van Marleen Temmerman. 2009-01-12. Beschikbaar op: https://www.senate.be/www/?MIval=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=4&NR=2351&LAN G=nl.
2. Charafeddine R et al. Gezondheidsenquête 2018: Seksuele gezondheid. Huisarts Wet [Internet]. 2019; Beschikbaar op: https://www.sciensano.be/nl/biblio/gezondheidsenquete-2018-seksuele-gezondheid
3. Sensoa. Abortus en ongeplande zwangerschap in België: feiten en cijfers. 2021. Beschikbaar op: https://www.sensoa.be/abortus-en-ongeplande-zwangerschap-belgie-feiten-en- cijfers#footnote4_degrlo7.
4. Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. Contraception. 2006;74(3):208–13.
5. 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. juni 2005;71(6):421–5.
6. Noodanticonceptie. Wie gebruikt het in Vlaanderen? Huisarts nu. Maart 2008; 37(2). Beschikbaar op: https://www.domusmedica.be/sites/default/files/B6%20Noodanticonceptie%2008.pdf.
7. Veronique Verhoeven, Lieve Peremans, Dirk Avonts & Paul Van Royen. (2006) The profile of emergency contraception users in a chlamydia prevalence study in primary care in Belgium, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 11:3, 175-180, DOI: 10.1080/13625180600766289
8. Hamelinck W. Anticonceptie in de apotheek. Apothekersblad. 2018;(10):28.
9. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Extra tegemoetkoming in de prijs van voorbehoedsmiddelen. 2022-04-27. Beschikbaar op: https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/Paginas/voorbehoedsmiddelen-jonge-vrouwen.aspx.
10. NHG. NHG-Standaard Anticonceptie (M02) Versie 3.1. Februari 2023. Beschikbaar op: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/anticonceptie.
11. L.Peremans, E. Van Leeuwen, N. Delvaux, K.Keppens, H. Yikilkan. Hormonale anticonceptie. Domus Medica. April 2012. Beschikbaar op: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/hormonale-anticonceptie.

Bijlagen

1. Onderzoeksprotocol
2. Goedkeuring OBC - Ethische Commissie
3. Persoonlijke reflecties
4. Vragenlijsten patiënten
5. Vragenlijsten huisartsen
6. Univariate analyse enquêtes patiënten
7. Multivariate analyse enquêtes patiënten
8. Univariate analyse enquêtes huisartsen
9. Multivariate analyse enquêtes huisartsen

Bijlage 1: onderzoeksprotocol

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

Template 2020.10

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING AN ANONYMOUS SURVEY

Belangrijke informatie met betrekking tot het invullen van deze template

Hoewel het formulier in het Engels is, kan de aanvraag zowel in het **Nederlands** als in het **Engels** worden voorbereid. De blauwe tekstvakken die uitleg bieden bij elk onderdeel mogen verwijderd worden bij het indienen van de aanvraag.

Hou het toelichtingendocument bij de hand terwijl je deze template invult. Alle nodige **informatie, voorbeelden en tekstsuggesties** bij de verschillende onderdelen staan in dat document (https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documenten)

Elke **herindiening of amendement** moet in '**track changes**' of in **highlight** worden gemaakt zodat aanpassingen duidelijk zijn. Verder dient ook de bestandsnaam aangepast te worden naar 'herindiening_MP###_versie#' of 'amendement_MP###_versie#'. Het MP-nummer kan je terugvinden via SCONE (overzicht masterproef), het versienummer bepaal je zelf: te beginnen bij 1 en telkens met 1 te verhogen wanneer gevraagd wordt om nieuwe aanpassingen te doen.

Important information regarding this template and how to fill it in correctly

This application can be prepared in **Dutch** or in **English**. The blue text boxes with explanation can be deleted when submitting the application.

Read the explanatory document carefully when filling out this template. You can find all **information, examples and text suggestion** belonging to the various sections in this document. (https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documents_en)

Every resubmission or amendment should be done in '**track changes' or in 'highlight'** in order to identify the changes. The file name must also be changed to 'resubmission_MP###_version#' or 'amendment_MP##_version#'. The MP-number can be found via SCONE (overview master thesis), the version number is up to you: starting at 1 and increasing by 1 each time you are asked to make new changes.

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Is er nood aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat is hierbij de rol van de huisarts?
Version 1: Date submission	Date:5/10/2021
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
	Name: Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers

Principal Investigator – Promotor	Telephone: +32 16 37 72 90
	E-mail: birgitte.schoenmakers@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. **YES** □ ~~NO~~ □	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. **YES** □	
Co-Investigator – Co-Promoter	**Name: niet van toepassing**
	Telephone: niet van toepassing
	E-mail: niet van toepassing
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. ~~YES~~ □ ~~NO~~ □	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Axana Luypaert**
	Student number: r0384417
	Telephone: +32 497 69 55 66
	E-mail: axana.luypaert@student.kuleuven.be
	Name: Josephine Platteeuw
	Student number: r0461911
	Telephone: +32 476 83 90 63
	E-mail: josephine.platteeuw@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Explain the background and scientific relevance of the planned research. This should be done in a sufficiently elaborated way so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project. References can be added at the end of this template.

Sinds 1 juni 2001 werd het noodzakelijke doktersvoorschrift voor de morning-afterpil achterwege gelaten in een poging om het aantal ongeplande zwangerschappen terug te dringen.(1) Ondanks het verhogen van de toegankelijkheid zien we dat het gebruik van de morning-afterpil slechts een beperkte stijging kende in de afgelopen twee decennia: in 2001 was dit 0,5% van de seksueel actieve vrouwen tussen 15 en 44 jaar tegenover 1,2% in 2018.(2) Ook het abortuscijfer, het aantal abortussen per 1000 vrouwen in de reproductieve leeftijd (15-44 jaar), is gestegen van 7,5 in 2003 naar 8,4 in 2019.(3) Mogelijks speelt, naast verbetering van registratie, het ondergebruik van noodanticonceptie hierbij een rol. Uit een Franse studie waarin 706 vrouwen

opgevolgd werden die at risk waren voor een ongeplande zwangerschap omwille van geen of foutief gebruik van orale contraceptie zonder zwangerschapswens, bleek slechts 11,1% noodanticonceptie te hebben gebruikt.(4) Van hen bleek 95,5 % al gehoord te hebben van de noodpil, maar slechts 19,6% kende het correcte gebruik ervan. Een Belgisch onderzoek uit 2005 dat simulatiepatiënten naar huisartsen stuurde voor een eerste pilvoorschrift bracht aan het licht dat ongeveer 10% van de deelnemende huisartsen tijdens het anticonceptieconsult informatie verstrekte over de vrije verkoop van de noodpil en zelfs helemaal niemand over het gebruik ervan.(5)

Reeds in 2008 werden huisartsen via hun beroepsvereniging Domus Medica aangespoord om vrouwelijke patiënten tijdens gynaecologische consulten in de huisartsenpraktijk te informeren over het gebruik van noodanticonceptie en niet te wachten tot patiënten hieromtrent consulteren.(6) Dit gebeurde naar aanleiding van een studie in Antwerpse huisartsenpraktijken in 2006 waarin het gebruik van noodanticonceptie en de reden waarom werd nagegaan bij vrouwen onder de 40 jaar.(7) Hieruit bleek dat 23,5% van de deelneemsters al eens een morning-afterpil had gebruikt. Bovendien bleek dat het gebruik van orale noodanticonceptie gecorreleerd is met een verhoogde incidentie van Chlamydia trachomatis. De verkoop van de noodpil bleef echter stabiel tussen 2010-2017.(8) Sinds 1 april 2020 is de klassieke morning-afterpil met levonorgestrel gratis voor elke vrouw.(9) Het effect van deze terugbetaling kan nog niet in kaart worden gebracht.

De positie van artsen in de eerste lijn leent zich uitermate goed om de seksuele gezondheid van patiënten te bespreken, zeker bij seksueel actieve vrouwen die over het algemeen in goede gezondheid verkeren. De huisarts ziet deze patiënten het vaakst van alle zorgverleners. Zij consulteren bijvoorbeeld voor een pilvoorschrift, een preventief gynaecologisch onderzoek of infectieuze problematiek.

De vraagstelling van deze masterproef huisartsgeneeskunde is dan ook of er nood is aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat hierbij de rol is van de huisarts.

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study. Describe the research questions and hypotheses of your study.

Is er nood is aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat is hierbij de rol van de huisarts?

4. RESEARCH METHOD

Present the survey and explain potential ethical implications of the planned methodology.

Onderzoeksvraag en design

Is er nood aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat is hierbij de rol van de huisarts? Om een antwoord te kunnen geven op deze onderzoeksvraag wordt een kwalitatief en observationeel onderzoek uitgevoerd bij patiënten en huisartsen, waarbij data cross-sectioneel door middel van enquêtes worden verzameld.

Voor beide onderzoeksvragen wordt een enquête opgesteld. Deze worden ontwikkeld op basis van literatuur en de huidige richtlijnen “Anticonceptie” van NHG[10] en Domus Medica[11]. De vragenlijsten zijn enkel beschikbaar in het Nederlands.

De enquête voor de patiëntengroep bestaat uit twee delen. Het eerste deel omvat de demografische gegevens. Het tweede deel bevraagt het gebruik van (nood)anticonceptie en of er hierover advies werd gegeven door de huisarts. Verder wordt gepeild naar de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van de huisarts. De enquête omvat 21 vragen waarvan 3 vragen demografische gegevens, 1 schuifschaal, 9 ja/neen-vragen, 3 meerkeuzevragen, 2 open vragen en 3 vragen gescoord aan de hand van een Likertschaal. Bij aanvang wordt geïnformeerde toestemming gevraagd.

De enquête voor de huisartsengroep bevraagt als eerste de demografische gegevens en vervolgens de rol van de huisarts in twee delen. Het eerste deel toetst de kennis van noodanticonceptie, het tweede deel is een peiling naar de aanpak van het anticonceptieconsult en het bespreken van noodanticonceptie in de praktijk. De enquête omvat 12 vragen waarvan 1 vraag demografische gegevens, 1 schuifschaal, 6 meerkeuzevragen, 1 open vraag en 3 vragen gescoord aan de hand van een Liktertschaal. Bij aanvang wordt de geïnformeerde toestemming gevraagd.

Op het einde van de vragenlijst wordt ruimte voor aanvulling door patiënt of arts in de vorm van vrije tekst voorzien.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate in the study.

De patiëntengroep bestaat uit vrouwen in de vruchtbare leeftijd tussen 16-55 jaar. Zij die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn worden geëxcludeerd. De huisartsengroep bestaat zowel uit actieve huisartsen als huisartsen in opleiding.

5.2 Sample size and population

Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size and how it relates to the total population. Does the ratio between sample size and population size makes it easy to identify participants? In case of working with a small population describe which measures will be taken to prevent identification.

Om een antwoord te kunnen geven op onze onderzoeksvraag doen wij een gelegenheidssteekproef waarbij we mikken op een steekproefgrootte van 200 vrouwen en 150 huisartsen.

5.3 Recruitment

Specify who will recruit the participants, how this will happen, and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of information letter and survey.

*Voorbeeldteksten die je hier mag gebruiken vind je in **het document met toelichtingen.** Er zijn twee types voorbeeldteksten, een voor rekrutering in persoon en een voor rekrutering via brief, e-mail of sociale media**. Kies de tekst die past bij jouw onderzoek.***

De enquêtes zijn online beschikbaar. De enquêtes worden via Qualtrics opgesteld en verspreid in meerdere groepen op sociale media (oa. Facebook). Om voldoende huisartsen te rekruteren wordt de link naar de online enquête verspreid via de nieuwsbrief of via e-mail van de huisartsenkringen HAK Dijle- en Nete vallei, KHOBRA (Oost-Brabant), HAK Middenkust en HABO (Brugge en omgeving) alsook via online fora voor artsen (oa. Facebook).

Bij de start van de vragenlijst zal de deelnemer de informatiebrief te lezen krijgen waarin duidelijkheid gegeven wordt over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname. Enkel wanneer de deelnemer de informatiebrief gelezen heeft en instemt met deelname, zal de afname van de vragenlijst van start gaan. Zowel in de informatiebrief als bij de start van de vragenlijst wordt duidelijk vermeld dat de persoon in kwestie niet verplicht is om deel te nemen. Zowel voor het deelnemen als het niet deelnemen, als voor het vroegtijdig beëindigen van het onderzoek zijn er geen negatieve gevolgen voor de persoon in kwestie. Daarbij kan de vragenlijst op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data van niet afgeronde vragenlijsten zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd. Op geen enkel moment zullen persoonlijke gegevens (zoals naam, adres, rijksregisternummer, e-mailadres, IP-adres,…) verzameld worden door de onderzoekers of zullen antwoorden van de vragenlijsten door de onderzoekers gekoppeld kunnen worden aan de identiteit van de deelnemers.

5.4 Expected duration

Specify the expected duration of the whole study, and define the beginning and ending of the study for the study participant.

De gegevens zullen verzameld worden tussen 1 december 2021 en 30 juni 2022 in Vlaanderen. Het invullen van de enquêtes neemt maximum 10 minuten in beslag voor de deelnemers.

6. ANALYSIS

Describe methods for data analysis in detail. Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases.

Onderzoeksmethode

1. Beschrijvende statistiek waarbij we centrum- en spreidingsmaten verkennen.
2. Multivariate regressieanalyse met de nood van patiënten om anticonceptie te bespreken en de mogelijke rol van de huisarts hierbij als afhankelijke variabelen. De onafhankelijke variabelen zijn de kenmerken van arts en patiënt.

3. De vrije tekstantwoorden worden geanalyseerd volgens de QUAGOL-methode.

Deze analyses zullen gebeuren met behulp van SPSS en Excel.

Bias

1. Om selectiebias te voorkomen gaan we op een aselecte manier deelnemers includeren in onze steekproef.
2. Om vraagbias te voorkomen stellen we objectieve vragen in de enquêtes.
3. Om respons bias te voorkomen voeren we de enquêtes online en volledig anoniem uit.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Explain which type of data you are using, how the data is safely stored, and what will happen to the data at the end of the project.

Voor de verzameling en opslag van mijn data maak ik gebruik van (**duid aan wat van toepassing is**):

- ☐ **Project- of teamgebonden opslaglocatie op de beveiligde server van KU Leuven of UZ Leuven via mijn promotor of begeleider**
- ☐ ~~REDCap, aangeboden door KU Leuven en UZ Leuven~~
- ☐ ~~OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven~~
- ☐ ~~Persoonlijke computer, beveiligd met een sterk wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma (7-Zip, AEScrypt, …)~~

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zal aan de hand van een vragenlijst informatie worden verzameld. Enkel relevante informatie wordt verzameld en dit wordt beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden van de onderzoeksvraag. Er zullen geen persoonsgegevens of andere identiteit gerelateerde gegevens worden verzameld. De informatie die met behulp van de vragenlijst wordt verkregen, zal op een gestructureerde wijze in een beveiligd computerdocument verzameld worden. Dit bestand zal bewaard worden in een project- of teamgebonden opslaglocatie op een server van KU Leuven of UZ Leuven. Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

In het kader van zijn/haar masterproef krijgt/krijgen de student(en) toegang tot allerhande gegevens, informatie, resultaten en documenten. Om de vertrouwelijkheid van deze Informatie en de privacy van betrokkenen te waarborgen, dient/dienen de student(en) binnen het kader van zijn/haar (hun) masterproef altijd met de grootste zorg en discretie om te gaan met Informatie. De student(en) dient/dienen te allen tijde volledige geheimhouding in acht te nemen wat betreft de Informatie waarvan hij/zij bij de uitvoering van zijn/haar masterproef kennis heeft (hebben) genomen. Bij het uitvoeren van dit onderzoek verbindt/verbinden de student(en) zich dan ook tot volgende geheimhoudingsplicht:

- Hij/zij aanvaardt, gedurende en na de beëindiging van de masterproef, de discretieplicht zoals hen bezorgd door zijn/haar promotor strikt in acht te nemen met betrekking tot de Informatie die hij/zij verzameld heeft en de activiteiten waaraan hij/zij heeft deelgenomen, en met betrekking tot de patiënten, gezonde vrijwilligers en de personeelsleden met wie hij/zij in contact komt.

- Hij/zijzalenkelgegevensverwerkenenverzamelendierelevantennoodzakelijkzijnvoor zijn/haar masterproef.

- Hij/zij zal geen gegevens delen met personen die niet rechtstreeks betrokken zijn bij zijn/haar onderzoek; enkel de student, eventuele groepsleden en zijn/haar promotor hebben toegang tot de gegevens.

- Hij/zij zal alle nodige maatregelen nemen om de vertrouwelijkheid van informatie en de privacy van betrokkenen te beschermen.

- Hij/zijzalzorgvuldigenverantwoordenmetdenodigevoorzichtigheidomgaanmetde Informatie en met de verleende toegang tot informatiesystemen en digitale gegevensdragers.

- Hij/zij gaat met zijn docent of promotor in gesprek over de vertrouwelijkheid, de opslag en het delen van bestanden.

- Hij/zij zal alle nodige stappen ondernemen om (her)identificatie van de deelnemers te voorkomen. Zelfs wanneer er met anonieme gegevens wordt gewerkt, zal hij/zij de nodige voorzorgsmaatregelen nemen om het risico op heridentificatie tot een minimum te beperken.

- Hij/zijzalwaarmogelijkeenproject-ofteamgebondenopslaglocatiegebruikenvoorhet opslaan en uitwisselen van gegevens en probeert hier in eerste instantie via zijn/haar promotor beroep te doen op een interne of externe dienst van KU Leuven of UZ Leuven om de gegevens veilig te bewaren. Indien dat niet mogelijk is, zal hij/zij de verzamelde data bewaren op OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, op REDCap, aangeboden door KU Leuven en UZ Leuven, of op een met wachtwoord versleuteld toestel.

Toepassingen zoals Google drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden.

- Hij/zijzalvertrouwelijkeinformatieenbestandensteedsversleutelenmeteenwachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt.

- Hij/zij zal bij het versturen van een kopie van strikt vertrouwelijke gegevens deze steeds versleutelen met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender.
- Hij/zij zal bij (vermoeden van) een datalek zo snel mogelijk contact opnemen met zijn/haar promotor.

Alle onderzoekers zullen de Informatie vertrouwelijk behandelen en niet delen met derden of gebruiken voor een andere doelstelling dan dit onderzoek. Aangezien in deze studie geen persoonsgegevens zullen worden verzameld en de AVG niet van toepassing is op anonieme gegevens dient voor dit soort studies geen afzonderlijke privacy-aanvraag te worden ingediend. Bij goedkeuring door de Ethische Commissie wordt deze aanvraag beschouwd als in overeenstemming met de AVG. Er is dan geen bezwaar tegen de start van de studie.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promotor who will be responsible for follow up. Please describe possible adverse events following your research and confirm that the name of the Principal Investigator and other relevant point of contacts have been integrated in the information letter to the participants.

De bijlage bevat de informatiebrief voor deelnemers waarin de risico's en de voordelen van de studie staan beschreven.

9. APPROVAL

Data can only be collected if the head of the institution or department where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study. If applicable, please confirm this approval and give the essential contact information.

Hierbij verklaren wij dat de datacollectie uitgevoerd werd met toestemming van het diensthoofd, professor Bert Aertgeerts, van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde.

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde
Kapucijnenvoer 7 blok h – bus 7001
3000 Leuven
tel. +32 16 37 66 21

10. PUBLICATION POLICY

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Publiceren van een onderzoek gebeurt in overleg met de promotor(en) en auteurschap wordt verleend volgens het KU Leuven beleid hieromtrent.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

Wij stellen onderzoeksgerelateerde documenten (bvb. getekende geïnformeerde toestemming) ter beschikking voor een eventuele audit.

12. REFERENCES

Please add references here

1. https://www.senate.be/www/?MIval=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=4&NR=2351&LANG=nl

2. Charafeddine R et al. Gezondheidsenquête 2018: Seksuele gezondheid. Huisarts Wet [Internet]. 2019; Available from: https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde documenten/RH_NL_2018.pdf

3. https://www.sensoa.be/abortus-en-ongeplande-zwangerschap-belgie-feiten-en-cijfers#footnote4_degrlo7

4. Goulard H, Moreau C, Gilbert F, Job-Spira N, Bajos N. Contraceptive failures and determinants of emergency contraception use. Contraception. 2006;74(3):208–13.

5. 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. juni 2005;71(6):421–5.

6. Noodanticonceptie. Wie gebruikt het in Vlaanderen? Huisarts nu. Maart 2008; 37(2). https://www.domusmedica.be/sites/default/files/B6%20Noodanticonceptie%2008.pdf

7. Veronique Verhoeven, Lieve Peremans, Dirk Avonts & Paul Van Royen (2006) The profile of emergency contraception users in a chlamydia prevalence study in primary care in Belgium, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 11:3, 175-180, DOI: 10.1080/13625180600766289

8. Hamelinck W. Anticonceptie in de apotheek. Apothekersblad. 2018;(10):28.

9. https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/door-ziekenfonds/geneesmiddel-gezondheidsproduct/terugbetalen/Paginas/voorbehoedsmiddelen-jonge-vrouwen.aspx

10. https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/anticonceptie

11. https://www.domusmedica.be/richtlijnen/hormonale-anticonceptie

13. ANNEXES

*1. A template of the **information letter** has been developed and is available on https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documenten or https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documents_en Those must be used as a basis and adapted where necessary.*

In case an alternative template is being used, a motivation should be provided here. Please copy your information letter here.

*2. Please add the **questionnaire**. An approval will not be given if an application doesn't contain the questionnaire.*

*3. Every **advertisement, flyer, poster**, etc. that will be used in the study should be added. If recruitment will be done through **social media** or by **mail**, please also add the text or illustration that will be used.*

4. Other (if applicable)

1. Vragenlijst
2. Informatiebrief
3. Bericht op sociale media/flyer
4. MP nummer MP018078

Bijlage 2: Goedkeuring OBC / Ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP018078
Uw kenmerk: Masterproef studie: Is er nood aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat is hierbij de rol van de huisarts?
Leuven, 26-10-2021

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Professor Birgitte Schoenmakers
Geachte Axana Luypaert, Josephine Platteeuw

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven verleent hierbij een gunstig advies aan de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 26-10-2021

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Goedkeuring) De studie betreft een kwalitatief, observationeel onderzoek rond de vraag naar de nood aan bespreking van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruiken en naar de rol van de huisarts hierbij. De opzet is duidelijk en de vertrouwelijkheid van de gegevens lijkt goed gewaarborgd. De Commissie heeft geen bezwaren bij deze studie.

Aangezien het om een Masterproefproject binnen de Groep Biomedische Wetenschappen van de KU Leuven gaat, werd de aanvraag tot de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven ingediend via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie.

De Commissie heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. De Ethische Commissie Onderzoek UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiënt-gegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Dit gunstig advies betreft de indiening van 05-10-2021 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit gunstig advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de commissie die eerder uw dossier goedkeurde.

De Commissie bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

De Commissie bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. Minne Casteels
Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

De Ethische Commissie UZ KU Leuven wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met de patiënt en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten. Het EC verwijst naar de richtlijnen van ICH/GCP hierover op de website, en benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt voor studies die vallen onder de Wet op Medische Experimenten. Het EC verwijst tevens naar de Belgische wetgeving (Wet van 8/12/1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer en Wet van 22/8/2002 betreffende de rechten van de patiënt), en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (van toepassing op 25 mei 2018).

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Onderzoek op embryo's in vitro valt onder de wet van 11 mei 2003. Voor dergelijk onderzoek is er naast een positief advies van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven ook een goedkeuring van de Federale Commissie voor medisch en wetenschappelijk onderzoek op embryo's in vitro noodzakelijk vooraleer dit onderzoeksproject kan doorgaan.

Vooraleer u dierexperimenten mag opstarten is een goedkeuring vereist van de Ethische Commissie Dierproeven (ECD). U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie voor het onderdeel met dierproeven en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen.

Onderzoek op humane kadavers vereist een goedkeuring van het Ethisch Comité voor Zorg en Begeleiding. U dient zich bijgevolg aan te melden bij deze commissie en hun adviezen te volgen. Gelieve te noteren dat u het onderzoek pas mag starten nadat u een definitief gunstig advies van deze commissie heeft verkregen

Dit gunstig advies van de Commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor dus zelf verantwoordelijk.
Bovendien dient u, als betrokken hoofdonderzoeker, erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zowel aan de opdrachtgever (desgevallend de producent) als aan het EC Onderzoek UZ/KU Leuven moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

Our reference: MP018078
Your reference: Master's thesis study: Is er nood aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat is hierbij de rol van de huisarts?
Leuven, 26-10-2021

DEFINITIVE FAVOURABLE ADVICE

Dear Professor Birgitte Schoenmakers
Dear Axana Luypaert, Josephine Platteeuw

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven hereby grants favourable advice to the proposed study, as it was described in the protocol. The Commission is of the opinion that from an ethical standpoint there are no objections to the proposed study. The study was approved on 26-10-2021

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

(Goedkeuring) De studie betreft een kwalitatief, observationeel onderzoek rond de vraag naar de nood aan bespreking van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruiken en naar de rol van de huisarts hierbij. De opzet is duidelijk en de vertrouwelijkheid van de gegevens lijkt goed gewaarborgd. De Commissie heeft geen bezwaren bij deze studie.

Given that the study takes the form of a Master's thesis within the Group Biomedical Science, the application to the Research Ethics Committee UZ/KU Leuven was submitted to the Educational-Support Committee.

The Committee has no objection to the project on the basis of confidential treatment of the data and compliance with the Belgian legislation concerning privacy. The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsibilities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students.

This favorable advice concerns the submission of 05-10-2021 and is given for the duration of the Master's thesis of the student(s) concerned. Any amendment to the protocol will invalidate this favorable advice. In that case, you must submit an amendment for advice to the committee that previously approved your file.

The Committee confirms that they work in accordance with the ICH-GCP principles (International Conference on Harmonisation Guidelines on Good Clinical Practice), with the most recent verison of the Helsinki Declaration, and with applicable laws and regulations.

The Committee confirms that in case of a conflict of interest, the members concerned have not participated in decision regarding the study.

Kind regards,

Prof. dr. Minne Casteels
President / Chairperson
Research Ethics Committee UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
President / Chairperson
Education-Support Committee for Medical Ethics KU Leuven

Points of Interests (if applicable)

The Research Ethics Committee UZ/KU Leuven wishes for the head researcher / promoter of the study to be aware of their responsiblities with regard to the privacy of personal / patient details, when in contact with living persons, patients, and / or contained within electronic medical records, including the correct implementation by employees and students. The Ethics Committee refers to the guidelines of the ICH/GCP here on the website, and emphasises that GCP-training is expected from every head-researcher for studies that come under the Law on Medical Experimentation. The Ethics Committee refers at the same time to the Belgian legislation (Law from 8/12/1992 for the protection of personal privacy and Law from 22/8/2002 regarding the rights of the patient), and the General Data Protection Regulation (which comes into effect on May 25th 2018).

For use of electronic medical data, a formal agreement from the clinical board is required. The study promotor is responsible for the conformity of foreign language documents with the Dutch language version.

In vitro research on embryos comes under the Law of 11 May 2003. For such research, besides positive approval from the Ethics Committee, approval by the Federal Committee for Medical and Scientific Research on Embryos In Vitro is also necessary before a project can commence.

Before you may commence animal experimentation, approval is required from the Animal Ethics Committee. You must register with this committee for the animal testing component and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

Research on human cadavers requires approval of the Care and Support Ethics Committee. You must therefore register with this committee and follow their advice. Please note that you may start the investigation only after you have obtained a definitive favorable opinion from this committee.

This favorable opinion from the Commission does not mean that it takes responsibility for the planned study. You remain responsible for this yourself. In addition, as the principal investigator, you must ensure that the results of this research are correctly displayed in publications, reports for the government, etc.

You are reminded that any serious complication you observe must be reported immediately to both the study promotor (if applicable, the producer) and the Ethics Committee, even if the causal link with the study is unclear.

Bijlage 3: Persoonlijke reflecties

Persoonlijke reflectie Axana Luypaert

Aan de start van onze HAIO-carrière hebben Josephine en ik onmiddellijk de afspraak gemaakt om samen onze masterproef te schrijven. Wij kennen elkaar al enkele jaren, en wisten dat we elkaar goed zouden aanvullen om drie jaar met elkaar nauwgezet samen te werken. Josephine haar masterthesis voor de opleiding geneeskunde ging over het gebruik van anticonceptie en noodanticonceptie. Zij stelde voor om daaropvolgend wat verder onderzoek te doen naar het gebruik van noodanticonceptie. Prof. dr. Schoenmaekers was bereid om onze promotor te zijn en ons te ondersteunen tijdens dit proces.

Het eerste jaar hebben we ons gefocust op het maken van een goede tijdsplanning. We hebben samen een planning opgemaakt met de deadlines opgelegd door het ICHO, maar ook met onze persoonlijke deadlines. Wij hadden schrik om in onze derde opleidingsfase in tijdsnood te komen, dus een goede planning was cruciaal. Op vrije dinsdagen of in het weekend kwamen wij samen om aan onze masterproef te werken. De taken werden onderling gelijk verdeeld: opstellen protocol, goedkeuring vragen bij ethische commissie, schrijven van de inleiding en methoden. Alles was steeds in overleg, en nooit werden documenten officieel verstuurd zonder elkaars medeweten. Prof. dr. Schoenmakers stond altijd voor ons klaar om ons te begeleiden. Na elke samenkomst stuurden wij haar ons werk door voor feedback. Op deze manier konden we onmiddellijk verder werken.

Tijdens het tweede opleidingsjaar werd onze enquête voor huisartsen en voor patiënten gelanceerd. Via verschillende sociale mediakanalen en huisartsengroepen hebben wij geprobeerd de enquêtes te verspreiden. Eens de enquêtes gelanceerd waren, was het even wachten op de resultaten. Alles werd geregistreerd in het programma Qualitrics. Om de taken wat te splitsen volgde ik de resultaten van de huisartsen op, en Josephine van de patiënten. In de zomer van 2022 werden alle resultaten mooi samengevat in tabellen.

In het derde jaar begonnen we aan het schrijfwerk: ik schreef voor de huisartsen, Josephine voor de patiënten. Alles gebeurde wel steeds samen, en er was veel e-mailverkeer om elkaars stukken na te lezen en te verbeteren. Onze finale versies werden dan ook altijd naar prof. dr. Schoenmakers gestuurd en naar aanleiding van haar feedback werden aanpassingen gedaan. De ene keer deed Josephine de aanpassingen, de andere keer deed ik het. Wij hadden veel respect voor elkaars werk- en privéleven. Ook dit jaar spraken we meermaals samen af, want de communicatie in real life verloopt toch vlotter dan per mail. Zonder al te veel broekscheuren kon

onze masterproef worden afgewerkt. Naar mijn eigen persoonlijke mening zijn wij trots op elkaar en op de manier waarop we hebben samengewerkt.

Om af te studeren als arts heb ik al eens een masterthesis moeten schrijven. Het was toen een literatuurstudie die ik alleen maakte. Bij het maken van die masterthesis heb ik veel stress ervaren. Ik was zeer blij dat Josephine mij voorstelde om samen de masterthesis huisartsgeneeskunde te schrijven. Het leek mij met twee ideaal om gemakkelijk afspraken te maken, overleg te doen, samen te komen… Samen hebben we een goed tijdsschema gemaakt, en dat heeft ervoor gezorgd dat er een grote stressfactor weg viel bij mij. Wij vulden elkaar ook zeer goed aan. Ik ben iets meer wiskundig en Josephine is goed in schrijven. In periodes van drukte op het werk of privé dan namen we het van elkaar over. Op deze manier werken was voor mij zeer aangenaam. Het maakt mij oprecht zeer trots op onze masterthesis. Niet alleen het besluit, maar ook de manier waarop de thesis tot stand is gekomen. Ik ben Prof. Dr. Schoenmakers ook zeer dankbaar. Het is oprecht ongelooflijk hoe gemakkelijk zij bereikbaar is. Haar feedback is altijd terecht en zeer opbouwend.

Onze masterthesis heeft als conclusie ook een duidelijke boodschap. Er wordt tekortgeschoten tijdens de anticonceptieconsultatie. Een groot deel van de innames van de morning-afterpil zijn onnodig en kunnen voorkomen worden door het beter informeren van de patiënt. Ik betrap mijzelf hier soms ook op. Voor het schrijven van deze thesis benoemde ik ook nooit de morning-afterpil tijdens een consultatie. Bij een anticonceptieconsult let ik er op heden extra op dat mijn informatie volledig is en dat de patiënt het goed begrepen heeft. Ik benoem nu ook wat er kan of moet gebeuren als er onveilige betrekking is geweest.
Deze studie toont ook dat het goed kan zijn om noodanticonceptie en wat de reden van gebruik is te bevragen. Op deze manier kan er dan samen met de patiënt gezocht worden naar een meer geschikte vorm van anticonceptie. Ik probeer dit nu ook in de praktijk actief te doen tijdens een anticonceptieconsultatie of bij het vragen naar een herhalingsvoorschrift.

Persoonlijke reflectie Josephine Platteeuw

Het groepsproces

Axana en ik kozen voor een gemeenschappelijk project met één onderzoeksvraag en één thesis als eindproduct en werkten als een duo. En wat voor een duo! De samenwerking verliep zeer vlot. Wij kennen elkaar sinds de masterstages en voelden van in het begin dat we op dezelfde lijn zaten wat betreft huisartsgeneeskunde en onze visie op onderzoek binnen deze tak van de geneeskunde. We waren er dan ook snel uit dat we dit onderzoeksproject samen op poten zouden zetten.

Het onderwerp kozen we aan de hand van onze gemeenschappelijke interesse in de gynaecologie binnen de huisartsgeneeskunde. Na een korte brainstorm besloten we te zoeken naar een blinde vlek voor de huisarts. We kwamen al vrij snel bij de morning-afterpil terecht. Hoe vaak wordt deze nu gebruikt sinds ze vrij en gratis verkrijgbaar is? Wil de patiënt hierover informatie via de huisarts of toch liever via de apotheek? Krijgt of kreeg de patiënt hierover uitleg tijdens het anticonceptieconsult? Is elke inname van orale noodanticonceptie noodzakelijk of schuilt er onzekerheid over de anticonceptiemethode achter? Het intrigeerde ons en onze onderzoeksvraag werd geboren.

We maakten van in het begin goede afspraken. Dat begon met een duidelijke planning aan de hand van een Gantt-chart. Niettemin omdat er in onze persoonlijke levens heel wat veranderigen plaatsvonden de afgelopen drie jaar, was het belangrijk om ons hieraan te houden om zo onze masterproef tot een goed einde te brengen. We spraken op geregelde tijdstippen af en koppelden hier telkens een ontspannende activiteit aan. Zo konden we onzelf motiveren en hebben we eigenlijk nooit opgekeken tegen het werken aan de masterproef. We verdeelden geregeld enkele taken en zorgden dat deze tegen de volgende meeting waren voltooid. Zo lukte het ons om elke deadline te halen.

Volgens mij is het groepsproces zo vlot verlopen omdat wij steeds open hebben gecommuniceerd met elkaar. We konden elkaar positief bekrachtigen, maar er was ook plaats voor constructieve feedback bij zaken die minder goed of vlot liepen. Naar mijn gevoel tilden we elkaar naar een hoger niveau door naar elkaar te luisteren en elkaars verschillen in aanpak te respecteren.

Door dit onderzoeksproject zijn we beiden als arts gegroeid. We leerden heel wat bij over methodiek en statistiek. We leerden data analyseren en kritisch lezen. Het opzetten van de enquêtes was een moeilijker onderdeel aangezien wij beiden weinig IT-ervaring hebben, maar brachten het samen tot een goed eind. We kregen gelukkig

veel hulp van onze promotor, prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, die telkens kort op de bal speelde en ons vaak binnen enkele uren of dagen een antwoord gaf op onze vragen waardoor we niet bleven aanmodderen. Door de snelle feedback waren we in de mogelijkheid om onze planning te kunnen blijven volgen zonder te moeten inboeten op onze vrije tijd, wat maakt dat ik kan stellen dat de belasting van deze masterproef overeen komt met het aantal studiepunten dat eraan werd toegekend.

Mijn persoonlijke aandeel

Het is moeilijk om te verwoorden wat ieders aandeel in deze masterproef is, aangezien wij heel veel hebben overlegd, gemaild, gebeld etc. Er werd niets ingestuurd dat de ander niet had nagelezen. We zochten bevestiging en aanmoediging, maar ook feedback bij de ander.

Als ik mijn persoonlijk aandeel probeer te verwoorden zou ik stellen dat ik waakte over de deadlines en de meer literaire taken op mij nam. Ik spitste me toe op het literatuuronderzoek en het schrijven van de inleiding en discussie. Axana is dan weer heel perfectionistisch en heeft oog voor details. Met haar wiskundig sterke achtergrond nam zij het grootste stuk van de statistische verwerking voor haar rekening.

Persoonlijke visie op wat het werk betekent voor het werkveld

Ik vind dat we mogen stellen dat we met onze masterproef hebben kunnen aantonen dat de werking en het gebruik van de morning-afterpil voor heel wat huisartsen een blinde vlek is. Heel wat collega's, zowel in de praktijken waar we aan de slag gingen als in de seminariegroepen, gaven aan dat ze weinig stil staan bij orale noodanticonceptie wanneer we het met hen hadden over onze masterproef. Dit zien we ook terug in de resultaten van de enquêtes bij de huisartsen. Tegelijk merken we op dat de patiënten nood hebben aan een goede uitleg van hun huisarts en deze niet vaak vragen op het moment dat ze de morning-afterpil innemen.

Ik ben ervan overtuigd dat we als huisarts onze uiterste best doen om onze patiënten bij te staan en te informeren waar mogelijk. Door het vrij verkrijgbaar zijn van de morning-afterpil (wat uiteraard heel belangrijk is in het laagdrempelig houden ervan) is de werking en het gebruik ervan wat in een vergeethoek geraakt. Ik hoop dan ook dat artsen die ons abstract of wie weet onze volledige masterproef lezen hieraan herinnerd worden en dit misschien wel willen implementeren in hun anticonceptieconsult.

Bijlage 4: Vragenlijsten patiënten

Onderzoek: **Is er een nood aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat is hierbij de rol van de huisarts?**

1. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan deze studie over noodanticonceptie. Ik weet dat alle gegevens en resultaten anoniem zijn. Ik heb het recht om op elk moment mijn deelname te beëindigen.

    - Ja
    - Nee

2. Ik ben tussen

    - 14-15 jaar
    - 16-17 jaar
    - 18-24 jaar
    - 25-34 jaar
    - 35-44 jaar
    - 45-55 jaar

3. Nationaliteit: ……

4. Relatiestatus

    - Vrijgezel en woon bij mijn ouders
    - Vrijgezel en alleenwonend
    - Partner, niet samenwonend
    - Partner, samenwonend
    - Gehuwd
    - Weduwe

5. Heb je momenteel een vaste partner
    - Ja
    - Nee

6. Heb je seksuele contacten?
    - Ja
    - Nog nooit gehad (maagd)
    - Nu niet, maar in het verleden wel

7. Heb je kinderen?
    - Ja → hoeveel? …..
    - Nee

8. Welke van de volgende middelen gebruik je om niet zwanger te raken? (meerdere opties mogelijk)
    - Ik wil graag zwanger worden
    - Ik wil niet zwanger worden, maar gebruik geen voorbehoedsmiddel
    - Ik heb geen seksuele contacten
    - Mijn partner trekt terug voordat hij klaarkomt (coïtus interuptus)
    - Kalendermethode / tellen / temperatuurmeting
    - Condoom
    - Combinatiepil = 'de pil'
    - Minipil
    - Prikpil (Depo-Provera)
    - Spiraaltje met hormonen (Kyleena/Mirena)
    - Koperspiraaltje
    - Onderhuids staafje (Implanon)
    - Vaginale ring (Nuvaring, IzzyRing)
    - Pleister met hormonen (Evra)
    - Andere: …….

9. Heb je ooit een morning-afterpil gebruikt?
    - Ja
    - Nee → ga door naar vraag 14

10. Wat was de reden dat je de morning-afterpil hebt gebruikt?
    - Ik gebruikte geen anticonceptie.
    - Ik was mijn pil vergeten.
    - Ik nam mijn pil verkeerd (te laat bijvoorbeeld).
    - Het condoom was gescheurd.
    - Ik wou extra zeker zijn.
    - Andere: ……

11. Hoe vaak heb je de morning-afterpil gebruikt? …….

12. Hoe oud was je toen je voor het eerst de morning-afterpil gebruikt hebt? ……

13. Ben je hiervoor langsgeweest of heb je hierover gebeld met je huisarts?
    - Ja
    - Nee

14. Hoe belangrijk vind je het om het gebruik van noodanticonceptie te bespreken met je huisarts?

    - Helemaal niet belangrijk
    - Niet belangrijk
    - Neutraal
    - Belangrijk
    - Heel belangrijk

15. Heb jij bij je huisarts uitleg gekregen over de verschillende anticonceptie methoden?
    - Ja
    - Nee

16. Heb jij bij je huisarts uitleg gekregen over de verschillende **nood**anticonceptie methoden?
    - Ja

- Nee

17. Hoe belangrijk vind je het dat je huisarts tijdens een gesprek over anticonceptie uitleg geeft over de verschillende noodanticonceptie-methoden?

    - Helemaal niet belangrijk
    - Niet belangrijk
    - Neutraal
    - Belangrijk
    - Heel belangrijk

18. Hoe schat je je kennis in over noodanticonceptie?

    - Zeer goed
    - Goed
    - Middelmatig
    - Slecht
    - Zeer slecht

19. Denk je dat een gesprek met de huisarts over noodanticonceptie jouw kennis hierover zou kunnen versterken?
    - Zeker wel
    - Waarschijnlijk wel
    - Neutraal
    - Waarschijnlijk niet
    - Zeker niet

20. Hoe wil u het liefst geïnformeerd worden door uw huisarts over noodanticonceptie?
    - Gesprek
    - Brochure
    - Via de website
    - Andere: ……..

21. Heeft u nog opmerkingen, suggesties of aanvullingen?

    ……

Bijlage 5: Vragenlijsten huisartsen

Onderzoek: **Is er een nood aan het bespreken van anticonceptie bij patiënten die noodanticonceptie gebruikten en wat is hierbij de rol van de huisarts?**

1. Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan deze studie over noodanticonceptie. Ik weet dat alle gegevens en resultaten anoniem zijn. Ik heb het recht om op elk moment mijn deelname te beëindigen.

- Ja
- Nee

2. Ik ben

- HAIO
- Minder dan 5 jaar actief als huisarts
- Tussen 5 en 10 jaar actief als huisarts
- Langer dan 10 jaar actief als huisarts

3.Nationaliteit: …..

4. Hoe vaak vermeldt een patiënt het gebruik van noodanticonceptie (vb. morning-afterpil gehaald bij de apotheek)?

- Wekelijks
- Maandelijks
- Jaarlijks
- Nooit

5. Bespreekt u de mogelijke vormen van noodanticonceptie en het gebruik hiervan tijdens het anticonceptieconsult?

- Nooit
- Meestal niet
- Meestal wel
- Altijd

6. Hoe belangrijk vindt u het om het gebruik van noodanticonceptie te bespreken met de patiënt tijdens het anticonceptieconsult?

- Helemaal niet belangrijk
- Niet belangrijk
- Neutraal
- Belangrijk
- Heel belangrijk

7. Kan u uw antwoord op vraag 6 toelichten? …….

8. De werking van de orale noodanticonceptie is gebaseerd op

- **Uitstel van ovulatie**
- Afstel van ovulatie
- Voorkomen van innesteling door steriele ontsteking van het endometrium
- Afbreken van ingestelde zwangerschap

9. De werking van het Cu-IUD als noodanticonceptie is gebaseerd op

- Uitstel van ovulatie
- Afstel van ovulatie
- **Voorkomen van innesteling door steriele ontsteking van het endometrium**
- Afbreken van ingestelde zwangerschap

10. Levornorgestrel 1,5 mg (Norlevo®) kan gebruikt worden tot

- 1 dag na onbeschermd contact
- **3 dagen na onbeschermd contact**
- 5 dagen na onbeschermd contact
- Ik weet het niet

11. Ulipristalacetaat 30 mg (EllaOne®) kan gebruikt worden tot

- 1 dag na onbeschermd contact
- 3 dagen na onbeschermd contact
- **5 dagen na onbeschermd contact**
- Ik weet het niet

12. De meest effectieve noodanticonceptie is

- Levonorgestrel 1,5 mg (Norlevo®) per os
- Ulipristalacetaat 30 mg (ElleOne®) per os
- Hormonenspiraal geplaatst binnen 120u na onbeschermd contact
- **Koperspiraal geplaatst binnen 120u na onbeschermd contact**

13. Denkt u dat u de voorgaande kennisvragen over noodanticonceptie goed heeft beantwoord?

- 5/5
- 4/5
- 3/5
- 2/5
- 1/5

14. Zou u het nuttig vinden hieromtrent een e-learning te volgen?

- Zeker niet
- Eerder niet
- Neutraal
- Eerder wel
- Zeker wel

15. Heeft u nog opmerkingen, suggesties of aanvullingen? …….

Bijlage 6: Univariate analyse enquêtes patiënten

Q1 - Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan deze studie over noodanticonceptie. Ik weet dat alle gegevens en resultaten anoniem zijn. Ik heb het recht om op elk moment mijn deelname te beëindigen.

Xi	Ni	Fi
Ja	568	100,00%

Q2 – Wat is uw leeftijd?

Xi	Ni	Fi
16-20 jaar	13	2,33%
21-30 jaar	416	74,42%
31-40 jaar	90	16,10%
41-50 jaar	27	4,83%
51-55 jaar	13	2,33%

Q3 – Wat is uw nationaliteit?

Xi	Ni	Fi
Belg	520	96,65%
Nederlandse	17	3,16%
Zwitsers	1	0,19%
Totaal	**538**	**100,00%**

Q4 – Relatiestatus:

Xi	Ni	Fi
Vrijgezel en woon bij mijn ouders	46	8,27%
Vrijgezel en alleenwonend	39	7,01%
Partner, niet samenwonend	56	10,07%
Partner, samenwonend	240	43,17%
Gehuwd	175	31,47%
Weduwe	0	0,00%
Totaal	**556**	**100,00%**

Q5 – Hebt u momenteel een vaste partner?

Xi	Ni	Fi
Ja	469	84,66%
Nee	85	15,34%
Totaal	**554**	**100,00%**

Q6 – Hebt u seksuele contacten?

Xi	Ni	Fi
Ja	485	87,23%
Nog nooit gehad (maagd)	20	3,60%
Nu niet, maar in het verleden wel	51	9,17%
Totaal	**556**	**100,00%**

Q7 – Bent u ooit zwanger geweest?

Xi	Ni	Fi
Ja	307	55,82%
Nee	243	44,18%
Totaal	**550**	**100,00%**
Hoe vaak?		
Xi	Ni	Fi
1	116	37,91%
2	110	35,95%
3	57	18,63%
4	14	4,58%
5	6	1,96%
6	3	0,98%
Totaal	**306**	**100,00%**

Q8 – Hebt u kinderen?

Xi	Ni	Fi
Ja	290	52,73%
Nee	260	47,27%
Totaal	**550**	**100,00%**
Hoeveel?		
Xi	Ni	Fi
1	124	45,93%
2	117	43,33%
3	23	8,52%
4	3	1,11%
5	3	1,11%
Totaal	**270**	**100,00%**

Q9 – Welke van de volgende middelen gebruikt u om niet zwanger te raken? (meerdere opties mogelijk)

Xi	Ni	Fi
Ik wil graag zwanger worden	40	5,56%
Ik wil niet zwanger worden, maar gebruik geen voorbehoedsmiddelen	32	4,45%
Ik heb geen seksuele contacten	27	3,76%
Mijn partner trekt terug voordat hij klaarkomt (coïtus interruptus)	31	4,31%
Kalendermethode / tellen / temperatuurmeting	8	1,11%
Condoom	104	14,46%
Combinatiepil	239	33,24%
Minipil	32	4,45%
Prikpil (Depo-Provera)	6	0,83%
Spiraaltje met hormonen (Kyleena/Mirena)	122	16,97%
Koperspiraaltje	22	3,06%
Onderhuids staafje (Implanon)	3	0,42%
Vaginale ring (Nuvaring, IzzyRing)	25	3,48%
Pleister met hormonen (Evra)	2	0,28%
Andere	26	3,62%
Totaal	**719**	**100,00%**

ANDERE:
Partner steriel
Ik ben momenteel zwanger
Ik ben zwanger momenteel
Man onvruchtbaar
Mijn man heeft vasectomie gedaan
Vasectomie
Ik ben zwanger. Ervoor gebruikte ik een koperspiraal
2 kinderen via ivf- kans op spontane zwnsp heel klein. Indien wel zeker gewenst.
Vroeger altijd nuvaring, nu na de 2 kindjes Mirena
Mijn man is geknipt
Vruchtbare dagen in de gaten houden
Ik ben zwanger maar gebruikte ervoor een spiraaltje met hormonen
Sterilisatie man
Man gesteliriseerd
Ik hoef niks te gebruiken we kunnen niet op de natuurlijke manier zwanger raken
Ik ben op dit moment zwanger
Sterilisatie
Ik ben samen met iemand van hetzelfde geslacht
Mijn man is gesteriliseerd
Vasectomie bij partner
Geen, baarmoeder verwijdert
sterilisatie
Ben op dit moment zwanger
Operatie man
10 jaar 'de pil' gebruikt.
Lesbische relatie

Q10 – Hebt u ooit een zwangerschap onderbroken?

Xi	Ni	Fi
Ja	34	6,25%
Nee	510	93,75%
Totaal	**544**	**100,00%**
Hoe vaak?		
Xi	Ni	Fi
1	29	90,63%
2	3	9,38%
Totaal	**32**	**100,00%**

Q11 – Hebt u ooit een morning-afterpil gebruikt?

Xi	Ni	Fi
Ja	206	37,80%
Nee	339	62,20%
Totaal	**545**	**100,00%**

Q12 – Wat was de reden dat u de morning–afterpil hebt gebruikt? (meerdere opties mogelijk)

Xi	Ni	Fi
Ik gebruikte geen anticonceptie	50	19,01%
Ik was mijn pil vergeten	71	27,00%
Ik nam mijn pil verkeerd (te laat bijvoorbeeld)	42	15,97%
Het condoom was gescheurd	41	15,59%
Ik wou extra zeker zijn	53	20,15%
Andere	6	2,28%
Totaal	**263**	**100,00%**
ANDERE:		
Nuvaring was tijdens het vrijen eruit gekomen en wist toen van niet beter.		
Ik slikte antibiotica		
Ik gaf al enkele dagen over		
Ik had antibiotica geslikt en de pil werkte minder, wist ik niet op dat moment (16 jaar)		
Was ziek en had overgegeven waardoor mijn pil niet meer correct werkte		
Ziek, AB gebruikt en seksuele contacten gehad		

Q13 – Hoe vaak hebt u de morning-afterpil gebruikt?

Xi	Ni	Fi
1	130	64,04%
2	42	20,69%
3	20	9,85%
4	6	2,96%
5	4	1,97%
10	1	0,49%
Totaal	**203**	**100,00%**

Q14 – Hoe oud was u toen u voor het eerst de morning-afterpil gebruikt hebt?

Xi	Ni	Fi
14	1	0,50%
15	13	6,53%
16	39	19,60%
17	28	14,07%
18	21	10,55%
19	21	10,55%
20	20	10,05%
21	12	6,03%
22	8	4,02%
23	7	3,52%
24	10	5,03%
25	6	3,02%
26	6	3,02%
27	1	0,50%
28	2	1,01%
29	1	0,50%
30	2	1,01%
31	0	0,00%
32	1	0,50%
Totaal	**199**	**100,00%**

Q15 – Bent u hiervoor langsgeweest of hebt u hierover gebeld met uw huisarts?

Xi	Ni	Fi
Ja	10	4,74%
Nee	201	95,26%
Totaal	**211**	**100%**

Q16 – Hoe belangrijk vindt u het om het gebruik van noodanticonceptie te bespreken met uw huisarts?

Xi	Ni	Fi
Helemaal niet belangrijk	22	4,12%
Niet belangrijk	119	22,28%
Belangrijk	271	50,75%
Heel belangrijk	122	22,85%
Totaal	**534**	**100,00%**

Q17 – Hebt u bij uw huisarts uitleg gekregen over de verschillende anticonceptiemethoden?

Xi	Ni	Fi
Ja	231	43,18%
Nee	304	56,82%
Totaal	**535**	**100,00%**

Q18 – Hebt u bij uw huisarts uitleg gekregen over de verschillende noodanticonceptiemethoden?

Xi	Ni	Fi
Ja	31	5,81%
Nee	503	94,19%
Totaal	**534**	**100,00%**

Q19 – Hoe belangrijk vindt u het dat uw huisarts tijdens een gesprek over anticonceptie uitleg geeft over de verschillende noodanticonceptiemethoden?

Xi	Ni	Fi
Helemaal niet belangrijk	3	0,56%
Niet belangrijk	54	10,06%
Belangrijk	357	66,48%
Heel belangrijk	123	22,91%
Totaal	**537**	**100,00%**

Q20 – Hoe schat u uw kennis in over noodanticonceptie op een schaal van 1 tot 10? (waarbij 1 = zeer slecht en 10 = zeer goed)

Xi	Ni	Fi
Minimum	1	
Maximum	10	
Gemiddelde	6,13	
Standaard deviatie	1,99	
Variantie	3,94	
Mediaan	7	
Totaal	**519**	

Q21 – Denkt u dat een gesprek met de huisarts over noodanticonceptie uw kennis hierover zou kunnen versterken?

Xi	Ni	Fi
Zeker wel	173	32,95%
Waarschijnlijk wel	304	57,90%
Waarschijnlijk niet	39	7,43%
Zeker niet	9	1,71%
Totaal	**525**	**100,00%**

Q22 – Hoe wil u het liefst geïnformeerd worden door uw huisarts over noodanticonceptie?

Xi	Ni	Fi
Gesprek	240	45,71%
Brochure	187	35,62%
Via de website	83	15,81%
Andere	15	2,86%
Totaal	**525**	**100,00%**

ANDERE:
Brochure, website, gesprek
Gesprek en brochure
Combo brochure en gesprek
Alle 3
Combi van bovenstaanden
Nu zou een gesprek goed zijn geweest. Als puber durfde ik het niet aan mijn ouders zeggen en dus ook niet aan mijn huisarts. Misschien was een website met duidelijke info dan een betere optie.
Alle hierboven
Een gesprek met daarbij een brochure. Zo kan je dit thuis nog eens nalezen
Gesprek & brochure
Brochure met vervolg evt gesprek
Alle 3
Door gynaecoloog
Combinatie gesprek en brochures
Niet
Een combinatie, idealiter gesprek + brochure of verwijzing naar bv sensoa waar alles kan nagelezen worden

Q23 – Heeft u nog vragen, suggesties of aanvullingen?

Doorverwijzing naar gynaecoloog gehad ivm opstart anticonceptie. Daar alle uitleg gekregen. Heel tevreden van deze manier van aanpak
De apotheker speelt hier ook een grote rol in maar ik ben wel bevooroordeeld want ik ben zelf apotheker
In mijn geval is info over noodanticonceptie niet nodig omdat wij nog een kinderwens hebben. Ik meen evenwel dat huisartsen hier een zeer belangrijke rol in kunnen spelen voor heel veel mensen waar zwangerschappen niet gewenst zijn
Ik heb helaas bij mn eerste zwangerschap een miskraam gekregen. Er is wel begrip geweest, maar niet echte begeleiding. En ik heb dit echt als het ergste iets van mn leven ervaren. Huisartsen zouden daar meer begeleiding in mogen geven. Ook aan koppels. In
Anticonceptie wordt in het algemeen teweinig besproken wat het beste is per situatie per persoon
Ik ben Apothekersassistente, vandaag mijn kennis. Maar mijn ervaring is dat het vaak gebruikt wordt, en ook vaak vriendjes etc het komen halen. Ook wordt er dan vaak niet geluisterd naar uitleg of wil men geen uitleg.
Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen in de keuze van de juiste anticonceptie voor vrouwen. Ik hoop dat jullie hier een mooi punt rond kunnen maken. Boeiend onderzoek! Heel veel succes verder!
Ik vind dit naast de huisarts ook vooral de taak van een gynaecoloog
En aanvullend ook info online
Ik ga hiervoor ten rade bij een gyneacoloog
Onze huisarts is niet sociaal aangelegd
Ik ben zelf apotheker dus weet er wel wat van
Ik bespreek liever de info ivm pil bij mijn gynaecoloog ipv huisdokter
Ik denk dat gynaecologen ook belangrijke rol spelen in het geven van kennis rond anticonceptie
Gesprek bij het starten van anticonceptie als tiener lijkt me een sterke aanpak. Want als het zover is, dan is het dus meestal eerst bij de apotheek dat ze terecht komen?
Huisartsen laten voordrachten geven in middelbare scholen en in vrouwenverening vb Femma en Ferm
Eens ik dit gesprek en alle info heb gehad. Zou ik hiervoor niet meer willen bellen met mijn huisarts. Ik had een vaste vriend toen, maar als ik noodanticonceptie nodig had, moest niemand dit weten
Een gesprek met de huisarts koppelen aan het gebruik van noodanticonceptie lijkt mij niet opportuun, omdat dit misschien kan afschrikken, waardoor de noodanticonceptie misschien toch niet gebruikt zou worden en er toch een ongewenste zwangerschap volgt. A
Ik kreeg alle informatie die ik nodig had via de gynaecoloog, dus heb ik nooit echt de nood gehad om dit met een huisarts te bespreken
Ik heb alle info van mijn gynaecoloog
Momenteel wil ik graag veranderen van huisarts omdat ik het gevoel heb dat ik niet over alles kan praten.
Meer uitleg over 'gewone anticonceptie' zou ook mogen.. neem al jaren 'de pil' terwijl er vermoedelijk betere methodes zijn...
Ik heb het gevoel dat huisartsen, maar ook gynaecologen, niet steeds op dezelfde lijn zitten... Ook de info die ik kreeg was niet eenduidig. Erg verwarrend soms.
Ik denk dat informatie over anticonceptie in het algemeen beter moet. Waardoor hopelijk noodanticonceptie minder nodig zal zijn. De bijwerkingen over noodanticonceptie lijken me ook erg belangrijk. Veel vriendinnen gebruikten reeds noodanticonceptie alsof
Mijn HA verwees mij door naar de gynaecoloog daarvoor waardoor ik ook voldoende geÏnformeerd werd.
Het is belangrijker dat de arts spreekt over anticonceptie, dan over noodanticonceptie. Preventie heeft voor mij voorrang, wat niet wil zeggen dat het thema niet kort aan bod mag komen.
Zou dit gesprek eerder voeren met mijn gynaecologe, ipv huisarts
Meerdere antwoorden aanduiden bij Q22 zou een meerwaarde kunnen bieden.
Ik vind het persoonlijk niet aan de huisarts maar aan de gynaecoloog om info tr verschaffen.
Proberen het taboe nog wat te doorprikken!

Bijlage 7: Multivariate analyse enquêtes patiënten

Leeftijd en soort anticonceptie

Ik wil graag zwanger worden

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	1	2,50%
21-30 jaar	33	82,50%
31-40 jaar	6	15,00%
41-50 jaar	0	0,00%
51-55 jaar	0	0,00%
	40	**100,00%**

Ik wil niet zwanger worden, maar gebruik geen voorbehoedsmiddelen

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	19	59,38%
31-40 jaar	12	37,50%
41-50 jaar	1	3,13%
51-55 jaar	0	0,00%
	32	**100,00%**

Ik heb geen seksuele contacten

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	4	14,81%
21-30 jaar	21	77,78%
31-40 jaar	1	3,70%
41-50 jaar	1	3,70%
51-55 jaar	0	0,00%
	27	**100,00%**

Mijn partner trekt terug voordat hij klaarkomt (coïtus interruptus)

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	2	6,45%
21-30 jaar	25	80,65%
31-40 jaar	4	12,90%
41-50 jaar	0	0,00%

51-55 jaar	0	0,00%
	31	**100,00%**

Kalendermethode/tellen/temperatuurmeting

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	1	12,50%
21-30 jaar	4	50,00%
31-40 jaar	2	25,00%
41-50 jaar	1	12,50%
51-55 jaar	0	0,00%
	8	**100,00%**

Condoom

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	3	2,88%
21-30 jaar	80	76,92%
31-40 jaar	17	16,35%
41-50 jaar	3	2,88%
51-55 jaar	1	0,96%
	104	**100,00%**

Combinatiepil = 'de pil'

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	9	3,77%
21-30 jaar	193	80,75%
31-40 jaar	25	10,46%
41-50 jaar	6	2,51%
51-55 jaar	6	2,51%
	239	**100,00%**

Minipil

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	24	75,00%
31-40 jaar	5	15,63%

41-50 jaar	3	9,38%
51-55 jaar	0	0,00%
	32	**100,00%**

Prikpil (Depo-Provera)

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	4	66,67%
31-40 jaar	1	16,67%
41-50 jaar	0	0,00%
51-55 jaar	1	16,67%
	6	**100,00%**

Spiraaltje met hormonen (Kyleena/Mirena)

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	82	66,67%
31-40 jaar	24	19,51%
41-50 jaar	11	8,94%
51-55 jaar	6	4,88%
	123	**100,00%**

Koperspiraaltje

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	1	4,55%
21-30 jaar	14	63,64%
31-40 jaar	6	27,27%
41-50 jaar	1	4,55%
51-55 jaar	0	0,00%
	22	**100,00%**

Onderhuids staafje (Implanon)

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	3	100,00%

31-40 jaar	0	0,00%
41-50 jaar	0	0,00%
51-55 jaar	0	0,00%
	3	**100,00%**

Vaginale ring (Nuvaring, IzzyRing)

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	21	84,00%
31-40 jaar	3	12,00%
41-50 jaar	1	4,00%
51-55 jaar	0	0,00%
	25	**100,00%**

Pleister met hormonen (Evra)

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	1	50,00%
31-40 jaar	1	50,00%
41-50 jaar	0	0,00%
51-55 jaar	0	0,00%
	2	**100,00%**

Leeftijd en het gebruik van de morning-afterpil

Ja

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	3	1,46%
21-30 jaar	153	74,27%
31-40 jaar	44	21,36%
41-50 jaar	6	2,91%
51-55 jaar	0	0,00%
	206	**100,00%**

Nee

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	10	2,94%
21-30 jaar	252	74,12%
31-40 jaar	45	13,24%
41-50 jaar	19	5,59%
51-55 jaar	14	4,12%
	340	**100,00%**

Leeftijd en reden voor gebruik morning-afterpil

Ik gebruikte geen anticonceptie

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	1	2,00%
21-30 jaar	34	68,00%
31-40 jaar	12	24,00%
41-50 jaar	3	6,00%
51-55 jaar	0	0,00%
	50	**100,00%**

Ik was mijn pil vergeten

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	1	1,41%
21-30 jaar	53	74,65%
31-40 jaar	17	23,94%
41-50 jaar	0	0,00%
51-55 jaar	0	0,00%
	71	**100,00%**

Ik nam mijn pil verkeerd (te laat bijvoorbeeld)

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	37	88,10%
31-40 jaar	5	11,90%
41-50 jaar	0	0,00%
51-55 jaar	0	0,00%
	42	**100,00%**

Het condoom was gescheurd

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	32	78,05%
31-40 jaar	7	17,07%
41-50 jaar	2	4,88%
51-55 jaar	0	0,00%
	41	**100,00%**

Ik wou extra zeker zijn

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	1	0,00%
21-30 jaar	42	79,25%
31-40 jaar	9	16,98%
41-50 jaar	1	1,89%
51-55 jaar	0	0,00%
	53	**98,11%**

Leeftijd en contact met de huisarts over de morning-afterpil

Ja

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	3	30,00%
31-40 jaar	7	70,00%
41-50 jaar	0	0,00%
51-55 jaar	0	0,00%
	10	**100,00%**

Nee

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	3	1,49%
21-30 jaar	154	76,62%
31-40 jaar	37	18,41%
41-50 jaar	7	3,48%
51-55 jaar	0	0,00%
	201	**100,00%**

Leeftijd en het belang van contact met de huisarts over de morning-afterpil

Helemaal niet belangrijk

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	15	68,18%
31-40 jaar	7	31,82%
41-50 jaar	0	0,00%
51-55 jaar	0	0,00%
	22	**100,00%**

Niet belangrijk

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	2	1,68%
21-30 jaar	95	79,83%
31-40 jaar	17	14,29%
41-50 jaar	5	4,20%
51-55 jaar	0	0,00%
	119	**100,00%**

Belangrijk

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	6	2,21%
21-30 jaar	208	76,47%
31-40 jaar	40	14,71%
41-50 jaar	10	3,68%
51-55 jaar	8	2,94%
	272	**100,00%**

Heel belangrijk

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	5	4,10%
21-30 jaar	81	66,39%
31-40 jaar	23	18,85%
41-50 jaar	8	6,56%
51-55 jaar	5	4,10%

	122	**100,00%**

Leeftijd en de schatting van eigen kennis van noodanticonceptie (waarbij 1 = zeer slecht en 10 = zeer goed)

1

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	1	16,67%
21-30 jaar	3	50,00%
31-40 jaar	1	16,67%
41-50 jaar	1	16,67%
51-55 jaar	0	0,00%
	6	**100,00%**

2

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	12	70,59%
31-40 jaar	2	11,76%
41-50 jaar	2	11,76%
51-55 jaar	1	5,88%
	17	**100,00%**

3

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	1	2,63%
21-30 jaar	33	86,84%
31-40 jaar	3	7,89%
41-50 jaar	1	2,63%
51-55 jaar	0	0,00%
	38	**100,00%**

4

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	37	84,09%

31-40 jaar	5	11,36%
41-50 jaar	2	4,55%
51-55 jaar	0	0,00%
	44	**100,00%**

5

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	2	2,67%
21-30 jaar	52	69,33%
31-40 jaar	14	18,67%
41-50 jaar	0	0,00%
51-55 jaar	7	9,33%
	75	**100,00%**

6

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	3	3,30%
21-30 jaar	69	75,82%
31-40 jaar	13	14,29%
41-50 jaar	4	4,40%
51-55 jaar	2	2,20%
	91	**100,00%**

7

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	2	1,72%
21-30 jaar	93	80,17%
31-40 jaar	18	15,52%
41-50 jaar	2	1,72%
51-55 jaar	1	0,86%
	116	**100,00%**

8

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	1	1,30%

21-30 jaar	55	71,43%
31-40 jaar	13	16,88%
41-50 jaar	7	9,09%
51-55 jaar	1	1,30%
	77	**100,00%**

9

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	19	63,33%
31-40 jaar	8	26,67%
41-50 jaar	3	10,00%
51-55 jaar	0	0,00%
	30	**100,00%**

10

Wat is uw leeftijd?

16-20 jaar	0	0,00%
21-30 jaar	16	76,19%
31-40 jaar	4	19,05%
41-50 jaar	1	4,76%
51-55 jaar	0	0,00%
	21	**100,00%**

Gebruik van de morning-afterpil en de reden hiervan

Question	Ja		Nee		Totaal
Ik gebruikte geen anticonceptie	100%	50	0%	0	50
Ik was mijn pil vergeten	98.59%	70	1.41%	1	71
In nam mijn pil verkeerd	100%	42	0%	0	42
Het condoom was gescheurd	100%	41	0%	0	41
Ik wou extra zeker zijn	100%	53	0%	0	53
Andere	85.71%	6	14.2%9%	1	7

Gebruik van de morning-afterpil en contact met de huisarts hierover

Question	Contact met huisarts		Geen contact met huisarts		
Ja	4.88%	10	95.12%	195	205

Nee	0%	0	100%	6	6

Gebruik van de morning-afterpil en of hierover uitleg werd gegeven voor er nood aan was

Question	Ja		Nee		Totaal
Uitleg gekregen	35.19%	82	64.81%	151	233
Geen uitleg gekregen	39.54%	121	60.46%	185	306

Uitleg door de huisarts over noodanticonceptie en of de patiënte dit belangrijk vindt

Question	Ja		Nee		Totaal
Helemaal niet belangrijk	33.33%	1	66.67%	2	3
Niet belangrijk	3.77%	2	96.23%	51	53
Belangrijk	5.60%	20	94.40%	337	357
Heel belangrijk	6.56%	8	93.44%	114	122

Bijlage 8: Univariate analyse enquêtes huisartsen

Q1 – Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan deze studie over noodanticonceptie. Ik weet dat alle gegevens en resultaten anoniem zijn. Ik heb het recht om op elk moment mijn deelname te beëindigen.

Xi	Ni	Fi
Ja	156	100,00%

Q2 – Ik ben

Xi	Ni	Fi
HAIO	100	66.67%
Minder dan 5 jaar actief als huisarts	21	14,00%
Tussen 5 jaar en 10 jaar actief als huisarts	15	10,00%
Langer dan 10 jaar actief als huisarts	14	9,33%
Totaal	**150**	**100,00%**

Q3 – Hoe vaak vermeldt een patiënt het gebruik van noodanticonceptie?

Xi	Ni	Fi
Wekelijks	0	0,00%
Maandelijks	14	10,45%
Jaarlijks	82	61,19%
Nooit	38	28,36%
Totaal	**134**	**100,00%**

Q4 – Bespreekt u de mogelijke vormen van noodanticonceptie en het gebruik hiervan tijdens het anticonceptieconsult?

Xi	Ni	Fi
Nooit	35	26,12%
Meestal niet	76	56,72%
Meestal wel	21	15,67%
Altijd	2	1,49%
Totaal	**134**	**100,00%**

Q5 – Hoe belangrijk vindt u het om het gebruik van noodanticonceptie te bespreken met de patiënt tijdens het anticonceptieconsult?

Xi	Ni	Fi
Zeker niet	0	0,00%
Eerder niet	36	26,87%
Eerder wel	88	65,67%
Zeker wel	10	7,46%
Totaal	**134**	**100,00%**

Q6 – Kan u uw antwoord op de vorige vraag toelichten?

Geen antwoorden geregistreerd

Q7 – De werking van orale noodanticonceptie is gebaseerd op

Xi	Ni	Fi
Uitstel van ovulatie	44	36,67%
Afstel van ovulatie	26	21,67%
Voorkomen van innesteling door steriele ontsteking van het endom	23	19,17%
Afbreken van ingestelde zwangerschap	27	22,50%
Totaal	**120**	**100,00%**

Q8 – De werking van het koperspiraal als noodanticonceptie is gebaseerd op

Xi	Ni	Fi
Uitstel van ovulatie	1	0,83%
Afstel van ovulatie	0	0,00%
Voorkomen van innesteling door steriele ontsteking van het endom	114	95,00%
Afbreken van ingestelde zwangerschap	5	4,17%
Totaal	**120**	**100,00%**

Q9 – Levonorgestrel 1,5 mg (Norlevo®) kan gebruikt worden tot

Xi	Ni	Fi
24 u na onbeschermd contact	9	7,50%
72 u na onbeschermd contact	101	84,17%
120 u na onbeschermd contact	2	1,67%
Ik weet het niet	8	6,67%
Totaal	**120**	**100,00%**

Q10 – Ulipristalacetaal 30 mg (EllaOne®) kan gebruikt worden tot

Xi	Ni	Fi
24 u na onbeschermd contact	1	0,83%
72 u na onbeschermd contact	30	25,00%
120 u na onbeschermd contact	70	58,33%
Ik weet het niet	19	15,83%
Totaal	**120**	**100,00%**

Q11 – De meest effectieve noodanticonceptie is

Xi	Ni	Fi
Levonorgestrel 1,5 mg (Norlevo¬Æ) per os	17	14,17%
Ulipristalacetaat 30 mg (EllaOne¬Æ) per os	23	19,17%
Hormonenspiraal geplaatst binnen 120 u na onbeschermd contact	11	9,17%
Koperspiraal geplaatst binnen 120 u na onbeschermd contact	69	57,50%
Totaal	**120**	**100,00%**

Q12 – Hoeveel denkt u gescoord te hebben op de 5 vragen over noodanticonceptie?

Xi	Ni	Fi
0 van de 5 vragen	0	0,00%
1 van de 5 vragen	3	2,52%
2 can de 5 vragen	27	22,69%
3 van de 5 vragen	61	51,26%
4 van de 5 vragen	21	17,65%
5 van de 5 vragen	7	5,88%
Totaal	**119**	**100,00%**

Q13 – Zou u het nuttig vinden hieromtrent een e-learning te volgen?

Xi	Ni	Fi
Zeker niet	2	1,67%
Eerder niet	7	5,83%
Eerder wel	44	36,67%
Zeker wel	67	55,83%
Totaal	**120**	**100,00%**

Q14 – Heeft u nog opmerkingen, suggesties of aanvullingen?

niet onmiddellijk
Veel succes met deze belangrijke ManaMa.
Leuke quiz!
neen
voora
/
Nood aan voorlichting van pati√"nten over noodanticonceptie na verkrachting.
nee
/
Een e-learning over de verschillende vormen van orale AC en de verschillende indicaties voor pilwissel + juiste keuze zou ook zeer interessant zijn.
Gewoon door deze enquv™e besef ik al dat ik noodanticonc niet vermeld. Ik ga er op letten, bedankt.
Ik denk dat pati√"ntes eerder naar een apotheek gaan
/
Ik besef nu pas bij het invullen van deze vragenlijst hoe weinig ik over dit onderwerp ken
Ik zou jullie masterproef wel eens willen lezen.als vrouwelijke huisarts start ik eigenlijk wel vaak de pil op bij jonge meisjes. Lijkt me een boeiend onderwerp. Succes ermee!
Nee
Goeie reminder om het toch even kort aan te halen bij het anticonceptieconsult
Succes met de masterpaper!
Ik vind noodanticonceptiva zeker belangrijk maar eerder een grotere rol voor de apotheek dan voor de huisarts op het acute moment. Nadien is nazorg bij de huisarts wel nodig.
Recent ook nieuwe richtlijn hierover verschenen, extra aanmoediging om dit op te nemen. Concrete richtlijn over wat je best aanhaalt tijdens een anticonceptieconsult zou handig zijn, aan welke info hebben pati√"nten behoefte en aan welke niet?
Nee

Bijlage 9: Multivariate analyse enquêtes huisartsen

Q4-Q2 - Bespreking van de mogelijke vormen van noodanticonceptie en het gebruik hiervan tijdens het anticonceptiecnosult gekoppeld aan het profiel van de artsen

Question	HAIO		Minder dan 5 jaar actief als huisarts		Tussen 5 jaar en 10 jaar actief als huisarts		Langer dan 10 jaar actief als huisarts		Total
Nooit	77.14%	27	8.57%	3	11.43%	4	2.86%	1	35
Meestal niet	60.53%	46	19.74%	15	7.89%	6	11.84%	9	76
Meestal wel	71.43%	15	9.52%	2	4.76%	1	14.29%	3	21
Altijd	50.00%	1	0.00%	0	0.00%	0	50.00%	1	2

Q2-Q13 – 'Zou u het nuttig vinden een e-learning te volgen' gekoppeld aan het profiel van de artsen

Question	HAIO		Minder dan 5 jaar actief als huisarts		Tussen 5 jaar en 10 jaar actief als huisarts		Langer dan 10 jaar actief als huisarts		Total
Zeker niet	100.00%	2	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	2
Eerder niet	57.14%	4	14.29%	1	14.29%	1	14.29%	1	7
Eerder wel	63.64%	28	18.18%	8	6.82%	3	11.36%	5	44
Zeker wel	67.16%	45	14.93%	10	8.96%	6	8.96%	6	67

Q3-Q4 – Hoe vaak vermeldt een patiënt het gebruik van noodanticonceptie gekoppeld aan hoe vaak artsen de mogelijke vormen van noodanticonceptie en het gebruik hiervan bespreken tijdens het anticonceptieconsult

Question	Nooit		Meestal niet		Meestal wel		Altijd		Total
Wekelijks	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0
Maandelijks	14.29%	2	64.29%	9	21.43%	3	0.00%	0	14
Jaarlijks	19.51%	16	59.76%	49	18.29%	15	2.44%	2	82
Nooit	44.74%	17	47.37%	18	7.89%	3	0.00%	0	38

Q5-Q4 – Hoe belangrijk artsen het vinden om het gebruik van noodanticonceptie te bespreken gekoppeld aan hoe vaak artsen de mogelijke vormen van noodanticonceptie bespreken

Question	Nooit		Meestal niet		Meestal wel		Altijd		Total
Zeker niet	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0
Eerder niet	30.56%	11	69.44%	25	0.00%	0	0.00%	0	36
Eerder wel	26.14%	23	54.55%	48	18.18%	16	1.14%	1	88
Zeker wel	10.00%	1	30.00%	3	50.00%	5	10.00%	1	10