Beweegredenen bij stop of switch van anticonceptie

Karel Blauwens, KULeuven

Lucie Dubois, KULeuven

Lara Sablon, KULeuven

Promotor: Prof Dr Jan Verbakel, KULeuven

Copromotor: Dr Sabine Van Baelen, KULeuven

Master Huisartsgeneeskunde

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022-2025

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

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

Dankwoord

De laatste twee en een halve jaren waren een intensieve periode waarin we deze masterpaper met het werken in de huisartsenpraktijk moesten combineren. We wensen daarom enkele belangrijke personen te bedanken die het mede mogelijk gemaakt hebben om deze masterpaper tot een mooi geheel om te vormen.

Eerst en vooral willen we onze promotor professor Verbakel en onze copromotor dokter Van Baelen bedanken voor hun zeer efficiënte en aangename begeleiding doorheen de hele periode van de masterpaper.

Tevens wensen we ook onze praktijkopleiders te bedanken voor hun advies en de tijd die we mochten spenderen aan deze masterpaper. We wensen ook elkaar te bedanken voor de vlotte samenwerking.

Last but not least, wensen we onze familie, partners en vrienden te bedanken voor hun praktische en emotionele steun tijdens de drukkere periodes en om ons tijd te geven om hieraan te werken.

Abstract

ONDERWERP & CONTEXT – Als huisartsen (in opleiding) komen we vaak in contact met vrouwen die contraconceptie gebruiken. We merken dat er vaak vragen komen over het stoppen of veranderen van contraconceptie. Met dit kwalitatief onderzoek willen we nagaan welke redenen meespelen in de beslissing van Vlaamse vrouwen, en hoe ze tot deze beslissing gekomen zijn.

ONDERZOEKSVRAAG – De eerste onderzoeksvraag is welke beweegredenen vrouwen in de vruchtbare periode hebben om te stoppen of veranderen van anticonceptiemethode. Een bijkomende onderzoeksvraag is welke informatiebronnen deze vrouwen gebruiken om tot hun beslissing te komen.

METHODE – We voerden een kwalitatief onderzoek uit door middel van semigestructureerde interviews. Rekrutering verliep middels folders in de huisartsenpraktijken. Hierna werden live semigestructureerde interviews georganiseerd. Inclusiecriteria waren vrouwen tussen de 18 en 50 jaar die recent gestopt of veranderd waren van anticonceptiemethode. Exclusiecriteria waren: nooit anticonceptie gebruikt hebben en/of absolute contra-indicatie voor hormonale anticonceptie. De interviews werden getranscribeerd en gecodeerd volgens de QUAGOL-methode. Elk interview werd twee keer onafhankelijk gecodeerd. Achteraf werden alle codes van de drie onderzoekers samengelegd en verdeeld in overkoepelende thema's van codes.

RESULTATEN - 13 vrouwen tussen de leeftijd van 19 tot 47 jaar oud werden geïnterviewd. Belangrijke beweegredenen waren methode gerelateerde problemen, zoals pilmoeheid, problemen met therapietrouw en pijnlijke of oncomfortabele plaatsing. Een tweede belangrijk thema was verandering van anticonceptienood door niet meer seksueel actief te zijn, een nieuwe relatie te starten, ofwel door onmiddellijke en toekomstige kinderwens of anticonceptieaanwezigheid bij de man. Ten derde werden bijwerkingen aangegeven als stop- of switchreden, zowel fysieke als psychische. Vrouwen gaven de mogelijke risico’s van hormonen, en nadenken over hormoonstop aan als vierde reden. Tot slot merkten we dat de kennis van vrouwen over anticonceptie voornamelijk kwam vanuit de zorgverleners en het internet, maar ook vanuit de omgeving, hun eigen achtergrond en de bijsluiter.

CONCLUSIE - Vrouwen hebben heel wat verscheidene redenen om te veranderen van anticonceptie, en deze blijven sterk individueel bepaald. Voordelen voor de ene, zijn nadelen voor de andere. Het is aan de arts om deze redenen voldoende te bevragen om hieruit een zo goed mogelijk advies te geven op maat van de patiënt. Vrouwen appreciëren de expertise van hun zorgverleners sterk, maar gaan ook zeer vaak ten rade op het internet. Het is dus belangrijk ook hier naar opgedane kennis te peilen en de patiënt met betrouwbare bronnen in contact te brengen.

Inhoudstafel

Dankwoord 3
Abstract 4
Inhoudstafel 5
Introductie 7
Literatuuronderzoek 7
Methode van literatuuronderzoek 7
Inclusiecriteria bij het literatuuronderzoek 7
Exclusiecriteria bij het literatuuronderzoek 7
Resultaten van literatuuronderzoek 7
Conclusie van literatuuronderzoek 10
Onderzoeksmethode 10
Steekproef 10
Inclusiecriteria 10
Exclusiecriteria 10
Datacollectie 11
Data-analyse 11
Resultaten 12
Demografische gegevens 12
Vrouwen switchen of stoppen van anticonceptie omwille van methode-gerelateerde problemen. 14
Vrouwen stoppen of switchen omwille van een gewijzigde anticonceptienood. 15
Vrouwen vermelden bijwerkingen als reden tot stop of switch van anticonceptie. 16
Psychische bijwerkingen 16
Fysieke bijwerkingen 16
Vrouwen nemen de risico's van hormooninname in overweging. 18
Vrouwen vermelden verschillende informatiebronnen waaruit ze hun kennis over anticonceptie halen. 19
Discussie 22
Sterktes en limieten 26
Implicaties voor de praktijk 26
Conclusie 27
Literatuurlijst 28
Bijlagen 32
Bijlage 1: Zoekstrategie en gebruikte zoektermen voor de literatuurstudie 32

Bijlage 2a: Goedgekeurd protocol 33
Bijlage 2b: Herindiening protocol met opmerkingen van aanpassingen 44
Bijlage 3: Gunstig advies ethische commissie 47
Bijlage 4: Poster rekrutering 49
Bijlage 5: Interviewleidraad 50
Bijlage 6: Informed consent formulier 51

Introductie

Als huisartsen (in opleiding) komen we vaak in contact met vrouwen die contraconceptie gebruiken. We merken dat er vaak vragen komen over het stoppen of veranderen van contraconceptie. We vroegen ons daarom af op basis van welke redenen vrouwen in onze specifieke patiëntenpopulatie veranderen of stoppen. We stelden ons verder ook de tweede vraag: welke bronnen gebruiken vrouwen bij deze beslissingen? Gaan ze te rade bij vrienden of familie? Gaan ze informatie zoeken op het internet, in flyers of nog in magazines? Zijn deze bronnen betrouwbaar? We vinden deze vragen belangrijk in onze opleiding om vrouwen te kunnen bijstaan in hun zoektocht naar de voor hen meest geschikte methode van anticonceptie.

Literatuuronderzoek

Methode van literatuuronderzoek

Voor ons verkennend literatuuronderzoek doorzochten we Medline via Pubmed, Embase en Cochrane met de zoektermen '(fertile) women', 'switch', 'stop', 'discontinuation' en 'contraception'. De concrete Mesh termen en zoekstrategie zijn terug te vinden in *bijlage 1*. Op Embase werden er 3695 artikels gevonden, op Pubmed 1621 en op Cochrane 401 artikels. Deze zoekopdracht leverde in zijn geheel 5306 studies op, die we screenden aan de hand van de software Rayyan. De 401 artikels van Cochrane werden op titel allemaal als irrelevant gescreend. 517 duplicaten werden verwijderd aan de hand van Rayyan. Dit liet 4789 artikels voor screening over. Na exclusie van 4775 artikels op basis van onderstaande inclusie- en exclusiecriteria door de drie onderzoekers bleven er uiteindelijk veertien relevante artikels over die hieronder besproken worden.

Inclusiecriteria bij het literatuuronderzoek

Artikels met als populatie vrouwen tussen de 18 en 50 jaar oud werden geïncludeerd, aangezien dit de vruchtbare leeftijd is en hier dus een actieve anticonceptienood is. Het ging om artikels waar switch of stop werd besproken van alle types contraceptie, tenzij abortus en hormoonsubstitutie-therapie.

Exclusiecriteria bij het literatuuronderzoek

We zochten naar studies met een vergelijkbare populatie als in België en dus als onze praktijk- en onderzoekspopulatie. Om deze reden werden studies vanuit ontwikkelingslanden, of met een andere leeftijdspopulatie als onze doelgroep geëxcludeerd uit onze literatuurstudie. Artikels met betrekking tot abortus, hormoonsubstitutietherapie of met een studieopzet bij bepaalde onderliggende aandoening zoals HIV en mucoviscidose hebben we eveneens geëxcludeerd. Verder namen we artikels van voor het jaar 2010 ook niet mee in onze analyse.

Resultaten van literatuuronderzoek

Cijfers van de gezondheidsenquête van Sciensano uit 2018 in België tonen dat 83,8% van de seksueel actieve vrouwen (of hun partners) tussen 15 en 49 jaar oud een anticonceptiemethode gebruikten. De

pil was hierbij het populairste middel, met 48,1% gebruikers. Deze werd gevolgd door het spiraaltje (25,8%), een sterilisatie (8,3%), barrièremethoden (condoom, diafragma, sponsje, zaaddodende middelen) (8,1%), een patch of vaginale ring (3,6%), een implantaat of prikpil (3,1%), andere methoden zoals periodieke onthouding en coitus interruptus (1,7%), en de morning-after pil (1,2%). Jonge vrouwen (15-24 jaar) gebruiken het vaakst de pil als anticonceptiemethode (73,8% van de gebruikte anticonceptie). Dit percentage neemt echter af met de leeftijd, bij de 25- tot 34-jarigen gebruikt nog 55,1% van de anticonceptiegebruikers de pil. Bij het spiraal zien we eerder een omgekeerde beweging: de stijging begint bij de 25- tot 34-jarigen en neemt nadien ook nog verder toe (1). Europese cijfers uit 2012 en Amerikaanse cijfers uit 2011 tonen gelijkaardige resultaten wat betreft het gebruik van anticonceptie (2,3). Nog andere Amerikaanse cijfers tonen dat 1/5 tot 1/3 van de anticonceptiegebruikers veranderen van methode binnen de eerste zes maanden na het opstarten (4). Europese cijfers zijn gelijkaardig hieraan: 1/4 van de anticonceptiegebruikers veranderen van methode binnen de eerste twaalf maanden na het opstarten (2).

Een dergelijke stop of switch kan belangrijke gevolgen hebben, zoals een verhoogd risico op ongeplande zwangerschap. Dit komt omdat dit vaak gepaard gaat met een tijdelijke periode waarin er geen anticonceptie actief is (5). Uit onderzoek uit 2013 blijkt dat in Vlaanderen één op vier zwangerschappen ongepland was (6). Correct anticonceptiegebruik speelt dus een belangrijke rol om dit zo veel mogelijk te voorkomen (5). Daarnaast kan een juiste anticonceptiemethode ook een belangrijke impact hebben op het welbevinden van de vrouw.

Er zijn **verschillende redenen** beschreven in de literatuur waarom vrouwen stoppen of veranderen van anticonceptie. Frequent beschreven redenen zijn de nevenwerkingen. Mogelijke nevenwerkingen die werden beschreven, zijn: bloedingen, pijn, krampen, symptomen ter hoogte van de borsten, gewichtsverandering, invloed op het gemoed, invloed ter hoogte van huid of haar, libidoveranderingen, pijn bij coitus, vaginale klachten, neurologische klachten, gastro-intestinale klachten en cardiovasculaire klachten (2,4,7).

Vaak worden nevenwerkingen als de enige reden gezien, maar in Inoue et al en Wigginton et al wordt het belang van andere redenen aangehaald (8,9). Deze andere redenen waren in meerdere artikels heel breed en vaag gelaten en weinig beschreven. Wigginton et al en Hirth et al probeerden deze andere, vagere redenen beter te beschrijven en verdeelde de redenen tot stop of switch in vier grote thema's: **contraceptief** (abortus, zwangerschap gewenst, ...), **medisch** (PCOS, thromboserisico,...), **non-contraceptief** (bijwerkingen: gewichtstoename, stemmingsveranderingen, acne, bloedingen, ...) en **gerelateerd aan seksuele betrekkingen of relaties** (begin of einde van relatie) (9,10). De studie van Simmons et al rapporteerde nog enkele andere categorieën met redenen om te stoppen of te switchen, namelijk: **methode-gerelateerd** (bijvoorbeeld moeite met dagelijks een pil in te nemen), **wil om een andere methode uit te proberen** en **wensen van de partner**. In deze laatste studie was de voornaamste reden om te stoppen of switchen de ervaren nevenwerkingen (4). De studie van Steinberg et al vond dat het zelfvertrouwen van de vrouw in het correcte gebruik en de tevredenheid over de methode ook een belangrijke rol speelden in de intentie om van methode te veranderen (5).

Twee anticonceptiemethodes werden in studies uitvoeriger besproken: namelijk het hormoonspiraal en het implantaat (de long acting reversible contraceptives of de LARC's). De voornaamste reden voor het verwijderen van een hormoonspiraal, in het eerste jaar na plaatsing, is een verkeerde positionering van het hormoonspiraal, zo blijkt uit een Europese studie (11). Een Amerikaanse studie die keek naar

het gebruik van LARC's, zoals bijvoorbeeld het *Mirena* hormoonspiraal, onderzocht de intenties om deze te laten verwijderen in de laatste tien jaar. 63,9% van de groep die ze volgden, hadden de intentie om hun LARC niet verder te zetten. Ook hier waren de frequentst genoemde redenen nevenwerkingen (29,6%), vervaldatum spiraal (26,8%), complicaties (19,3%) en zwangerschapswens (15,9%). Deze redenen waren volgens de studie ook **leeftijdsafhankelijk**. Waarbij vrouwen tussen 15 en 36 jaar oud eerder stopten vanwege nevenwerkingen, en vrouwen tussen 36 en 50 jaar eerder vanwege het vervallen van de LARC. Verder rapporteerden ze ook een verschil in redenen **afhankelijk van ethniciteit** (12). Als nevenwerkingen bij het hormoonspiraal Mirena en het implantaat werd in Chikoburo et al en in Griffith et al vooral vaginale bloedingen vermeld (13,14). De tweede anticonceptiemethode die in verschillende studies besproken werd is het implantaat. Bij het implantaat werd in een kwalitatieve studie van Inoue et al gevonden dat de opstapeling van verschillende bijwerkingen en ongewenste effecten zorgde voor een stop bij de 10 deelnemers. In veel studies werden deze ongewenste effecten beschreven met vooral onregelmatige bloeding, (onregelmatig) bloedingspatroon (13–16) en stemmingsveranderingen (10,17). Andere vermeldingen over nevenwerkingen in deze studie gingen over hoofdpijn, pijn, misselijkheid, opgeblazenheid, vermoeidheid en stemmingsveranderingen (17). Opmerkelijk was in de studie van Griffith et al dat 85% van de vrouwen die gestopt waren met een LARC, liefst overgingen naar non-LARC-methoden nadien (14). De reden hiervoor was niet meteen onderzocht.

Als **informatiebronnen** werd er in één studie familie en vrienden vermeld (18). In een andere studie uitgevoerd bij jonge vrouwen (17-27 jaar) zagen de onderzoekers dat enerzijds vrienden en anderzijds het online zoeken naar informatie als bronnen werden gebruikt. Daarnaast zag men in deze studie een grote tevredenheid van de proefpersonen (100%) als zij anticonceptie-advies kregen van hun arts (gynaecoloog in deze studie) (19). In alle andere gevonden studies werd dit niet besproken. Dit onderlijnt nog eens het nut om duidelijke informatie te geven aan de patiënt, maar ook correcte informatiebronnen mee te geven en bijvoorbeeld hierover p school en universiteit te doceren. In Alspaugh et al wordt gesteld dat vrouwen op middelbare leeftijd veel beïnvloed waren door de aanpak van hun moeder rond het gesprek van anticonceptie met hen (20). In de literatuurstudie van Cabral et al komt naar voor dat studenten hoger onderwijs, meest vatbaar voor ongeplande zwangerschap, vaak over onjuiste informatie beschikken (18).

De studie van Wellings et al haalt aan dat vrouwen meestal volledig zelf beslissen of ze stoppen of niet, zonder beïnvloed te worden. Als ze wel beïnvloed werden, was dit meestal door de partner of door een gezondheidsmedewerker (21). In Alspaugh et al, werd aangehaald dat als een gezondheidsmedewerker dit voorstelde, dit zeker werd geappreciëerd als het om duidelijke redenen werd voorgesteld, niet als het uit het niets werd voorgesteld (20). Men ziet in ditzelfde artikel ook een verschil in hoe 20-jarige vrouwen ten opzichte van vrouwen in de middelbare leeftijd durven spreken over anticonceptie en hun twijfels tegenover hormonen (20).

Mogelijke informatiebronnen over anticonceptie die wij als huisarts (zullen) gebruiken, zijn de richtlijnen van het *BCFI* (22), de '*NICE* guidelines' (23), de website van *Sensoa* (24), het anticonceptieplatform 'The Lowdown', een soort *TripAdvisor* voor anticonceptie (25) en de anticonceptiewebsite van Nederland (26).

Conclusie van literatuuronderzoek

Bovenstaand literatuuronderzoek geeft ons al veel informatie over de redenen waarom vrouwen stoppen of switchen met anticonceptie. Er is ook een taak weggelegd voor de zorgverleners. Echter gaan deze studies niet over vrouwen hier in België. Het doel van onze studies is dan ook na te gaan of deze redenen ook van toepassing zijn in België, en dan meer bepaald bij de vrouwen die we te zien krijgen in onze huisartsenpraktijk, en of er nog andere redenen worden aangehaald. We willen ook polsen wat we als huisarts kunnen betekenen voor patiënten als informatiebron en als begeleiding bij anticonceptiekeuze.

Onderzoeksmethode

Steekproef

In dit onderzoek gaan we na om welke redenen vrouwen veranderen of stoppen met anticonceptie, en welke informatiebronnen ze gebruiken om tot deze beslissing te komen. We onderzoeken deze vragen door middel van een kwalitatief onderzoek (27). Ten eerste gebeurde er een oriënterend literatuuronderzoek. Nadien werd de data verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Deelnemers werden gerekruteerd in 3 huisartspraktijken (Praktijk Dokter Goeminne en Dokter Pollentier in Everberg, Casa Medica in Overijse en praktijk Medisch huis in Opwijk). Aan alle kandidaten werd eveneens gevraagd om informatie over deze studie te delen met vrienden en familie die geïnteresseerd zouden kunnen zijn (*snowball sampling*). De ethische goedkeuring werd verleend door de KU Leuven op 19 oktober 2023 (zie *bijlage 2a*, *bijlage 2b* en *bijlage 3*).

We planden een 14-tal interviews af te nemen. Rekrutering liep tot datasaturatie, met name tot er geen nieuwe informatie aan het licht kwam in de laatste 2 interviews.

Inclusiecriteria

De volgende inclusiecriteria werden gehanteerd: vrouwelijk geslacht, tussen 18 en 50 jaar oud, nog niet in de menopauze, Nederlandssprekend. Ze moesten al minstens 3 maanden op hun vorige contraceptiemethode hebben gestaan en gestopt of veranderd zijn van methode ondertussen. In deze studie werden alle vrouwen tussen 18 en 50 jaar die een anticonceptiemethode gebruiken of gebruikt hebben geïncludeerd omwille van het hoogste anticonceptief gebruik in deze leeftijdsrange, alsook een brede waaier aan mogelijke stop-, switch- en herstartredenen. Alle anticonceptiemethoden van de vrouw werden geïncludeerd.

Exclusiecriteria

Exclusiecriteria waren het mannelijke geslacht, nooit anticonceptie gebruikt hebben, vrouwen jonger dan 18 jaar en ouder dan 50 jaar en/of absolute contra-indicatie voor hormonale anticonceptie. Exclusiecriteria waren vrouwen die voor sterilisatie kozen, aangezien hier geen contraceptiebeslissing meer zou komen.

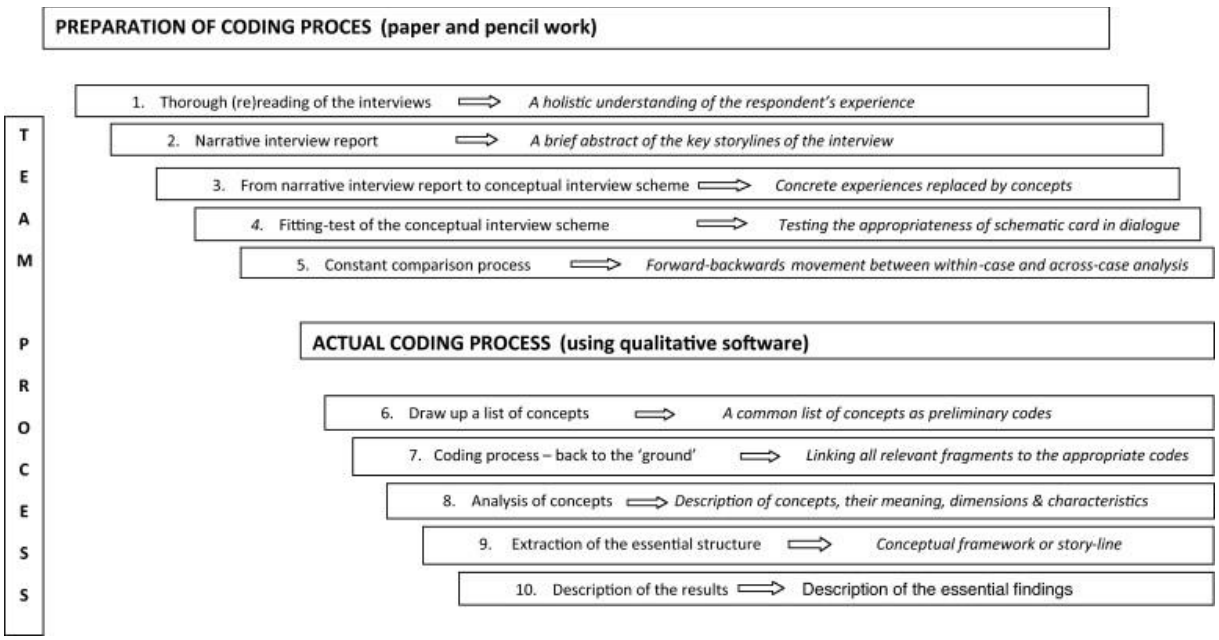
Datacollectie

Bij inclusie van de deelnemers, werd allereerst het informed consentformulier doorlopen bij elke deelnemer (zie *bijlage 6*). Hierna werd de demografische informatie van de geselecteerde vrouwen verzameld (zie *tabel 1)*. Er werd gevraagd naar leeftijd, ethniciteit, seksuele oriëntatie, woonplaats (plattelands of stedelijk), aantal kinderen, relationele status, educatie, geloofsovertuiging, seksuele activiteit en gebruikte anticonceptiemethoden.

Vervolgens werden de volgende grote thema's bevraagd in de vorm van een semi-gestructureerd interview: 'Welke anticonceptie heb je (ooit al) gebruikt?', 'Hoe lang neem je deze al?', 'Hoe voel je je bij deze methode?', 'Wat zijn de voordelen ervan?', 'Waarom (denk je eraan/heb je beslist om) te stoppen met of te veranderen van anticonceptie?', 'Hoe ben je tot deze beslissing gekomen?' en 'Welke informatiebronnen hebben je geholpen bij deze beslissing?'. Een uitgebreide interview-leidraad is terug te vinden als *bijlage 5*. Deze interviews werden telkens door één onderzoeker afgenomen.

Data-analyse

We namen de interviews op en hebben ze nadien handmatig getranscribeerd. Data-analyse gebeurde volgens het principe van thematisch analyse (28). Als leidraad hierbij volgden we de *QUAGOL-principes* (figuur 1) *(29)*. De software van NVIVO werd bij het coderen gebruikt als hulpmiddel (30). Er werd gekozen voor dit type analyse omdat het de onderzoekers toeliet om zowel nieuwe codes en hypothesen te genereren vanuit de interviews als zich te laten leiden door bestaande hypothesen bij het vormen van codes en thema's. Concreet betekent dit hier dat er werd gestart met de interviews te lezen om de essentie duidelijk te leren kennen. Nadien werden alle uitdrukkingen gelinkt aan codes. Nadat de geschreven interviews volledig werden gecodeerd, werden de verkregen codes samengelegd om in onderling overleg tot grotere thema's te komen. Elk interview werd telkens door 2 van de 3 interviewers gecodeerd, om zo zeker alle nuance mee te kunnen nemen.



Figuur 1 - QUAGOL: a guide for qualitative data analysis (29)

Resultaten

Demografische gegevens

We hebben 13 deelnemers geïnterviewd. Op 1 vrouw na, hadden alle vrouwen een educatieniveau van bachelor of hoger. Ze waren allemaal Kaukasisch van afkomst en woonachtig in een plattelandsregio. Alle vrouwen waren atheïst, niet gelovig of niet praktiserend, maar wel christelijk opgevoed. Leeftijd viel tussen 19 en 47 jaar, met toch het merendeel van vrouwen met een leeftijd tussen 20 en 30 jaar. In *tabel 1* worden de verzamelde demografische gegevens weergegeven.

Tabel 1 – Demografische gegevens

Deel-nemer	Leeftijd	Ethniciteit	Seksuele oriëntatie	Platteland/ stad	Kinderen	Relationele status	Educatie-niveau	Geloofs-overtuiging	Geloof belang bij keuze	Seksueel actief	Anticonceptiemethodes tot interview
1	26	Kaukasisch	Hetero	Platteland	Geen	Vaste mannelijke partner	Master	Atheïst	Nee	Ja	Pil > hormoonspiraal (Kyleena)
2	33	Kaukasisch	Hetero	Platteland	2	Vaste mannelijke partner	Bachelor	Geen	Nee	Ja	Pil > zwanger > minipil > zwanger > spiraal > pil > stop
3	44	Kaukasisch	Hetero	Platteland	2	Getrouwd	Master na master	Atheïst	Nee	Ja	Pil > zwanger > pil > zwanger > spiraal
4	23	Kaukasisch	Hetero	Platteland	Geen	Vaste mannelijke partner	Bachelor	Christelijk	Nee	Ja	Pil (Armunia) > pil (Lutenyl) > tussendoor condooms
5	25	Kaukasisch	Hetero	Platteland	Geen	Vaste mannelijke partner	Bachelor, bezig aan master	Geen, christelijk opgevoed	Nee	Ja	Pil (4tal) > spiraal (Jaydess) > spiraal + pil (Oedien) > pil
6	19	Hispanisch + Kaukasisch	Hetero	Platteland/ stedelijk	Geen	Vaste mannelijke partner	Bachelor	Geen	Nee	Ja	Pil (Desorelle) > pil (Yasminelle)
7	23	Kaukasisch	Hetero	Platteland	Geen	Vaste mannelijke partner	Bachelor	Christelijk	Nee	Ja	Pil (Louise) > pil (Noranelle 20) > pil (Noranelle 30) > pil (Bellina)
8	23	Kaukasisch	Hetero	Platteland	Geen	Geen	Bachelor, bezig aan master	Geen	Nee	Nee	Pil (Desorelle) > stop AC
9	23	Kaukasisch	Hetero	Platteland	Geen	Vaste mannelijke partner	Secundair onderwijs	Geen	Nee	Ja	Pil (Desorelle) > prikpil
10	23	Kaukasisch	Hetero	Platteland	Geen	Vaste mannelijke partner	Professionele bachelor	Atheïst	Nee	Ja	Pil (Nora 30>Noranelle) > POP (Orgametril) > stop AC
11	24	Kaukasisch	Hetero	Platteland/ stedelijk	Geen	Vaste mannelijke partner	Master	Atheïst	Nee	Ja	Pil (Eleonor) > Condoom
12	33	Kaukasisch	Hetero	Platteland	1	Vaste mannelijke partner	Doctoraat	Geen	Nee	Ja	Pil > pil > ring (Nuvaring)>1j kalendermethode met app en coitus interruptus met passieve zwangerschapswens > zwanger > lactatie
13	47	Kaukasisch	Hetero	Platteland/ stedelijk	1	Vaste mannelijke partner	Master	Christelijk	Nee	Ja	Pil (Diana) > stop AC > pil > stop AC > pil > stop AC > hormoonspiraal (Mirena)

Onze interviews brachten veel nuttige informatie naar voren over de redenen waarom vrouwen veranderden of stopten met anticonceptie, weergegeven als 'beweegreden', de informatiebronnen die ze hierbij gebruikten en welke overwegingen ze hierbij maakten. De gevonden informatie hebben we opgedeeld in verschillende thema's, dewelke hieronder aan bod zullen komen.

In de interviews kwamen ook veel nadelen van anticonceptie aan bod, die voor de vrouwen wel belangrijk waren in hun beslissing en beleving, maar daarom niet per se doorslaggevend bleken te zijn. We zullen deze weergeven bij de onderstaande onderwerpen als 'nadeel'. Ook gaven sommige vrouwen elementen aan die ze positief vonden aan de gebruikte anticonceptiemethode, dit hebben we aangeduid als 'voordeel'.

Vrouwen switchen of stoppen van anticonceptie omwille van methode-gerelateerde problemen.

Moeilijkheden met gebruik werden bij de meeste vrouwen vermeld als beweegreden. Met moeite met gebruik bedoelen we pilmoeheid, problemen met de methode (als pijnlijk, oncomfortabel of atypisch ondervonden) en therapietrouw. Pilmoeheid werd enkele keren vermeld als beweegreden, maar nooit als nadeel. Problemen met methode en therapietrouw, met name het moeilijk stipt innemen van medicatie, werd zowel vermeld als beweegreden en als nadeel.

> *"Ik **vergeet** de pil de helft van de tijd bij wijze van spreken."* - Deelnemer 13

> *"Het nadeel voor mij was dat ik dit steeds vergat, omdat je dit best op hetzelfde tijdstip op de dag moet nemen. **Ik vergat dit heel vaak.** Daarom heb ik de switch gemaakt naar de prikpil."* - Deelnemer 9

Een paar vrouwen haalden aan dat ze de kostprijs van de anticonceptiemethode een nadeel vonden. Dit was voor niemand echter een reden tot stop of switch.

> *"En dan was ze bezig over vier maand en dan vier maand 100 euro, en dan dacht ik van wow, dat is wel veel geld, maar uiteindelijk bleek het 100 euro te zijn voor een jaar. Ja zoiets, ik weet het niet eigenlijk, ons mama betaalt het. Ja nu denk ik op een jaar 100 euro, dat is alle vier maand 25 euro... Maar alleszinds, het was zo veel informatie op dat moment dat ik dacht van wow, ik wil het wel proberen **maar dat is wel veel geld..**."* - Deelnemer 5

Vermelde methodevoordelen van anticonceptie waren het kunnen plannen van de menstruatie met de pil, minder vaak aan anticonceptie hoeven denken bij het laten wegvallen van de pil of het laten plaatsen van een spiraal en een routine creëren met of zonder anticonceptie. De voorspelbaarheid van de menstruatieperiode was een groot pluspunt vooral bij vakantie of in de adolescentie, vooral om maandverbanden en protectie al klaar te leggen. Het niet voelen tijdens het vrijen voor de partner en enkel lokale hormonen werd ook gezien als voordeel.

> *"Sinds kort weet ik dat [...] ik graag die **voorspelbaarheid** heb, en dat ik voorbereid ben. Als ik toevallig dan juist geen maandverband had. Ik heb het al voor gehad, dat mijn regels eerder doorbraken de voorbije maanden. En dat ik niks bij had omdat ik daar niet op voorbereid was. Ik had echt stress op het werk, want ik werk in de zorg, dus ik sta heel veel recht, dus dat kan dan gemakkelijk zijn vrije gang laten gaan [de menstruaties], dus ik was bang van die. 'Nu ben ik aan het bukken om iemands schoenen aan te doen. Kan iemand nu eigenlijk iets zien of niet?' 'Of was mijn werkbroek vuil?'"* - Deelnemer 10

> *"Voor mij vooral dat ik zelf kon kiezen wanneer ik mijn regels had. Als ik ze wou doornemen dan kon dat gewoon en had ik geen last van doorbraakbloedingen. Om zelf een beetje die regie te hebben. Dan kon*

> *ik ook een beetje mijn leven daarnaar **plannen**, als je gaat zwemmen bijvoorbeeld, ik doe dat niet graag met tampons bijvoorbeeld. Dat maakte voor mij wel iets gemakkelijk om daar de regie voor te krijgen, ja.*" - Deelnemer 4

> *"Dus ik heb bij het spiraaltje eigenlijk geen klachten. En, je bent rustig. **Je kan het niet vergeten**, dus je bent ook **niet bang om zwanger te worden**, je moet niet rekenen."* - Deelnemer 13

> *"Ik vond dat wel makkelijk. Ik had daar geen moeite mee met dat **altijd op dezelfde tijd te nemen** of zo. Ik had een wekkertje op mijn gsm om tien uur. Ik had die altijd in een handtas zitten, dus waar ik ook was. Dus ik vond dat handig."* - Deelnemer 10

> *"Misschien ook gewoon het idee. Ik vond het wel een leuk idee dat ik niet de hele tijd pillen aan het nemen was, dus dat vond ik eigenlijk ook wel een opluchting of zo, dat het dan iets **lokaler** was, dat ik het gevoel had dat ik niet, dat ik minder mijn heel systeem aan het ontregelen was zogezegd."* - Deelnemer 12

Vrouwen stoppen of switchen omwille van een gewijzigde anticonceptienood.

Bij de meeste vrouwen was veranderde anticonceptienood een beweegreden voor één van hun gebruikte anticonceptiemethodes. Veranderde anticonceptienood werd door ons gedefinieerd als een verandering van de reden voor het gebruiken van anticonceptie. De volgende subthema's werden aangehaald: niet meer seksueel actief zijn, een nieuwe relatie starten, onmiddellijke en toekomstige kinderwens en anticonceptie bij de man gestart of aanwezig (in de vorm van sterilisatie meestal).

> *"Mijn toenmalige man, die had toen beslist van ik ga voor **de knip**. Dus ik had iets van, ja als dat ook al zo is, dan stop ik. "*- Deelnemer 2

> *"Allez ja, dan is dat de reden dat ik stop omdat ik een **kinderwens** heb."* - Deelnemer 11

> *"Gestart zijn met de pil, 16 - 17 jaar? Wel heel lang **zonder partner** geweest, maar dan toch paar jaar anticonceptie. Totdat er een **kinderwens** was en dan gestopt dus ja. Eigenlijk dan toch nooit terug in mijn voorgaande relatie - waar dat er een kinderwens was, ook al ging het minder goed of zo - ik ben nooit terug [gestart met de pil]."* - Deelnemer 13

Een paar vrouwen vonden het een nadeel dat anticonceptie een verantwoordelijkheid van de vrouw was. Ze vonden het nadelig dat hun partner sterilisatie (vasectomie, 'de knip') niet zag zitten.

> *"Ja, dus nu, door een aantal andere vrienden in de vriendenkring die geknipt zijn en de herbevestiging van mijn man, die zegt dat hij het echt niet ziet zitten. Dan is er bij mij ja, boosheid is het niet, maar ik vind het flauw. We hebben een heel gelijkwaardige relatie, in veel balans. Maar dan voel je dat, op die momenten is het dan toch weer de **verantwoordelijkheid van de vrouw**. Dat vind ik op zich niet okay. Ook een beetje vanuit de optiek dat okay, we zijn al lang samen, iets meer dan 15 jaar, het is misschien even aan u. Maar bon, goed, stoppen, en dan vinden we wel een alternatief."* - Deelnemer 3

Bescherming tegen zwangerschap was voor een meerderheid van de vrouwen een belangrijk voordeel, dat opwoog tegen mogelijke nadelen, zoals bijvoorbeeld doorstaan van dysmenorroe en pijnlijke plaatsing.

> *"Nee, niet echt voordelen. Het was gewoon **puur om niet zwanger te worden**. De voordelen moesten zijn dat ik minder last had van mijn regels en minder pijnlijke regels, maar dit was niet het geval."* - Deelnemer 7

> "*Ja natuurlijk, de anticonceptiewerking. Heel betrouwbaar. Dat was voor mij ook de reden dat ik geswitcht ben. Ja ik nam dat risico dan [ondanks de pijnlijke plaatsing van het spiraaltje]. En als je dan een vaste relatie hebt. Vandaar dat ik geswitcht ben*." - Deelnemer 1

Vrouwen vermelden bijwerkingen als reden tot stop of switch van anticonceptie.

We delen dit thema op in psychische en fysieke bijwerkingen.

Psychische bijwerkingen

Psychische bijwerkingen werden door de meeste vrouwen vermeld als reden tot stop of switch. De frequentste klachten in deze categorie waren invloed op gevoelens, met name afvlakking, stemmingswisselingen, depressieve klachten, en libidoverlies. Premenstrueel syndroom (PMS) werd vermeld als beweegreden en als nadeel.

> *"Ik had het gevoel dat mijn gevoelens meer **afgevlakt** waren. Wat ik verrassend vond, want ik dacht dat het omgekeerde ging zijn. Maar, zo van, [ik] keek naar mijn lief en ik voelde niet echt liefde. Ik voelde mij heel neutraal, ik moest niet meer huilen wat leuk was, maar ik moest ook minder lachen. Ik was het gewoon allemaal meer aan het ervaren dan er echt op aan het leven en het beleven ervan. Dus daarom ben ik gestopt."* - Deelnemer 10

> *"Ja en ik had heel erg **stemmingswisselingen**, echt verschrikkelijk ongelukkig en boos."* - Deelnemer 12

> *"Eigenlijk is dat **libido** eigenlijk meer de aanzet geweest om te zeggen van 'misschien wil ik eigenlijk eens zien wat dat niks geeft'."* - Deelnemer 12

> *"En ik ben toen veranderd [vragend], omdat ik veel kwaaltjes had, vond ik. **Veel PMS,** maar allez dus ook stemmingswisselingen, hoofdpijn, buikpijn, rugpijn."* - Deelnemer 12

Psychische bijwerkingen werden bij de meerderheid van de vrouwen ook vermeld als nadeel van anticonceptie. Er werd een verbetering van psychische bijwerkingen opgemerkt na stop of switch van anticonceptie door de vrouwen. Dit ging over invloed op gevoelens (minder stemmingswisselingen, minder afvlakking van gevoelens of minder depressieve gedachten) en over libidotoename. Er werd niets specifiek vermeld qua voordeel over PMS.

> *"Interviewer: en was dat iets constants, of in golven, die depressieve klachten? Deelneemster: ja, dat was eigenlijk die mist, zo noem ik het. Een **mist**, ik kan het niet anders omschrijven, dat was vrij constant. Dat merkte ik wel hard, dat die mist weg was."* - Deelnemer 2

Fysieke bijwerkingen

Fysieke nevenwerkingen werden ook vermeld als reden om te stoppen of veranderen van de huidige anticonceptiemethode. De belangrijkste fysieke bijwerkingen die werden vermeld als beweegreden waren bloedingen en pijnklachten. Bij enkele vrouwen werden bloedingen en pijnklachten enkel gezien als nadeel. Gewichtstoename en acne werden ook aangehaald als reden tot switch en als nadeel.

> *"Dan begon ik vaak last te krijgen van **doorbraakbloedingen**. Dus mijn stopweek bleef maar nazinderen zeg maar, ik bleef maar doorbloeden. Vandaar dat ik dan beslist heb te switchen van pil, in samenspraak met de dokter eigenlijk."* - Deelnemer 4

> *"Maar hierdoor ben ik wel fel bijgekomen [in **gewicht**] op korte tijd, 10 kg op 4-5 maanden. Dat was ook één van de redenen waarom ik ben gestopt met de pil."* - Deelnemer 8

> *"Interviewer: 'Wat heeft u aangezet om te switchen?' Deelnemer: 'Vooral de bijwerkingen: vooral de **acne**.'"* - Deelnemer 7

> *"Ik ben geswitcht van pil sinds een jaar. Van Armunia naar Lutenyl. Deels ook omdat ik veel **hoofdpijn** had."* - Deelnemer 4

Er werden ook andere nevenwerkingen besproken, die wel nadelig waren voor de deelneemsters, maar geen voldoende reden waren om te veranderen van methode. Het gaat dan over afname van het borstvolume, gevoelige borsten, nausea, vaginale droogte en orthostatisme.

> *"Toen in dat eerste jaar nog een paar keer terug gehad zo van die **borsten** dat ik dacht, en echt pijnlijk, he, ik vond, ik was, ik ben dat niet gewoon. Dus dat was echt wel even wennen."* - Deelnemer 13

> *"**Misselijkheid**"* - Deelnemer 6

> *"Want ook met die pil ervoor had ik steeds voor mijn regels dat ik droog was daar vanonder, **vaginale droogte**. In plaats van dan ja als je opgewonden bent dat je ja, ik had veel vriendinnen die zeiden dat ze dan heel nat werden, maar dat had ik dan niet."* - Deelnemer 5

> *"Een periode had van **lage bloeddruk en flauwvallen**. Maar ik weet niet of dit gelinkt is aan Yasminelle."* - Deelnemer 6

Er werd door een deelneemster ook gezegd dat het moeilijk was om dagelijkse leeftijdsgebonden kwaaltjes te onderscheiden van bijwerkingen van de anticonceptiemethode.

> *"Die **migraine** is nu wel een nadeel maar dat neem ik er wel bij. Ik denk dat dat ook wel met stress is en zo, ik had dat ook al af en toe bij mijn spiraal. Dus ja ik denk niet dat dat echt van deze pil komt."* - Deelnemer 5

Er werden ook voordelen ten opzichte van de fysieke klachten vermeld. Vermelde voordelen bij de huidige of vorige anticonceptie waren minder acne, minder bloedverlies (minder hypermenorroe, minder doorbraakbloedingen) en minder pijnklachten (minder dysmenorroe, minder hoofdpijn).

> *"Ja, zeker... als puber **anti-acne**."* - Deelnemer 13

> *"Nee, het was wel fijn, dat was wel een voordeel: Ik had gewoon **geen regels meer**. Dat was wel gemakkelijk. Dat ik mij niets moest afvragen of dat ik zou bloeden of zo. Ik had op die 3 maanden, had ik niks. Dat was wel tof, maar dat woog niet op tegen het emotionele, dus ja. Als ik de combinatie van beide kon doen, van de beide pilletjes, graag, maar ja."* - Deelnemer 10

> *"Interviewer: En hoe is het met de **hoofdpijn**? Deelnemer: Soms is het er nog, maar **veel minder** ten opzichte van die Armunia."* - Deelnemer 4

> *"Maar ik kreeg wel nog altijd super veel last. Ik had veel buikpijn, moest soms in kramp gaan liggen, maar het was wel meer draaglijk, want **ik viel niet meer flauw, ik moest niet meer overgeven**. Dat is denk ik maar 1 of 2 keer meer gebeurd, denk ik, nadat ik begonnen ben, dat ik moest overgeven. Dus dat is wel verbeterd."* - Deelnemer 5

Andere vermelde voordelen, buiten de beweegredenen, waren toename van het borstvolume, minder infecties, minder vaginale droogte en algemeen minder nevenwerkingen of klachten van menstruatie.

> *"Mijn **borsten waren ook gegroeid**, dat was een pluspunt."* - Deelnemer 6

> *"Ik had ook wel **minder infecties en blaasontstekingen**."* - Deelnemer 5

> *"Het gaf **geen bijwerkingen**, dat is ook de reden dat ik diezelfde zolang genomen heb. Het was op dat moment ook 'het middel'. Het meest veilige en geen bijwerkingen zoals hoofdpijn of. Het was eigenlijk relatief probleemloos."* - Deelnemer 3

Vrouwen nemen de risico's van hormooninname in overweging.

Met dit thema bedoelen we de analyse die vrouwen maakten naar gekende of ervaren risico's die hormonale anticonceptie met zich meebrengt zoals risico op trombose of kanker, en eveneens de wil om hormonen in het algemeen te stoppen.

In verschillende interviews werd als beweegreden vermeld: het risico op trombose, relatieve contra-indicaties zoals roken en oudere leeftijd en eigen ervaring omwille van PCOS als reden voor stop van de pil. Eén van de vrouwen was recent gediagnosticeerd geweest met een JAK 2 mutatie. Een andere vrouw had geen specifiek verhoogd risico op trombose, maar verkoos zelf om te veranderen naar een preparaat met een lager trombogeen risico.

> *"Ik heb mij laatste testen ondertussen [voor JAK-2-mutatie], Maar dat weet ik pas sinds begin deze maand, dat weet ik pas sinds 2 januari. Maar omdat ik dat toen nog niet wist, ben ik naar Orgametril overgegaan om de **kans op bloedklonters te verlagen**. En dat heb ik 3 maanden genomen. Exact 3 maanden. Ik heb 3 strips genomen en dan ben ik gestopt."* - Deelnemer 10

Trombose werd ook vermeld als nadeel door een derde vrouw. Aangezien zij op moment van diagnose geen anticonceptie nodig had, en er na de diagnose werd gestart met een progesteron only preparaat, kan dit niet gezien worden als beweegreden voor stoppen of switchen van anticonceptie.

> *"Ook de risico's die verbonden zijn aan anticonceptie, namelijk **bloedklonters** (tromboses). Dit was een extra factor. Het was niet de hoofdreden, maar het heeft wel meegespeeld in mijn beslissing."* - Deelnemer 8

> *"Maar er is op latere leeftijd bij mij ontdekt dat ik **factor 5 Leiden** heb. Dus die gynaecoloog wist dat niet toen dat er de pil is voorgeschreven en ok, denk dat ze dat dan nu niet meer zou doen, dus daar is ook rekening mee gehouden, maar dan wetenschappelijk."* - Deelnemer 13

Een paar vrouwen spraken van een relatieve contra-indicatie als reden tot stop of switch. De verandering van een combinatiepreparaat naar een progesteron-only preparaat werd aan een vrouw aangeraden door de gynaecoloog omwille van de leeftijd. Een andere vrouw switchte tijdens gebruik van antibiotica even over op condoomgebruik, omdat ze ervaarde dat de pil dan minder goed werkte door slechte opname.

Andere vermelde nadelen waren risico op zwangerschap en effect van hormonen op de vruchtbaarheid. Dit waren geen beweegredenen om effectief te stoppen.

> *"Omwille van het **effect van hormonen op vruchtbaarheid**."* - Deelnemer 6

Als beweegreden werd ook 'het willen stoppen met hormonen te gebruiken' verschillende keren vermeld door de geïnterviewde vrouwen. De meesten gaven dit aan als reden om hun eigen cyclus beter te willen leren kennen. Er werd ook aangegeven dat sommige vrouwen wouden weten of ze al inde menopauze zaten en daarom de anticonceptiespiraal wilden laten verwijderen. Voor sommige vrouwen was er voornamelijk een wens om minder artificiële hormonen te gebruiken.

> *"Het was op dat moment eerder van, de drijfveer was 'ik wil zien wat dat het geeft zonder hormonen in mijn lichaam, **zonder artificiële hormonen in mijn lichaam**'. Dat wou ik, daar wou ik naar gaan. En anticonceptie had ik zoiets van: Ja, dan gebruiken we wel gewoon een condoom. Wat dat dan nadien die strategie wel aangepast is, maar dat was op dat moment niet, het was meer zo van mij, wat doet het met mijn lijf en wat doet het als ik het nu doe? Dat was de drijfveer."* - Deelnemer 12

> *"Dat beterde dan wel met die laatste dat ik heb genomen, maar uiteindelijk had ik toch iets van, pff, ik ga een keer de **natuur zijn gang laten gaan**."* - Deelnemer 2

> *"Doe ik dat best want ja, als blijkt dat ik nog heel vruchtbaar ben bijvoorbeeld, dat het [**de menopauze**] er nog niet zit aan te komen, ja waar ik dan stiekem op hoop, maar ja het heeft ook zijn nadelen, dan ja moet ik afspreken met haar he, wat de mogelijkheden zijn. Of beginnen exploreren, en dat is een beetje nu ja."* - Deelnemer 3

Het feit dat ze hun eigen cyclus niet kenden, werd door een deelneemster zowel als beweegreden en als nadeel vermeld. Het stoppen met anticonceptie zou hen hun cyclus beter hebben leren kennen.

> *"Mijn cyclus, ja, ik heb nu **geen eigen cyclus** op dit moment."* - Deelnemer 11

> *"Wat dat volgens mij ook wel handig kan zijn als je er mee start is dat je zo wat **inzicht hebt in uw cyclus**. Want ik heb dat nu achteraf wel wat leren kennen, hoe die fases zitten, en op school leer je dat ook wel allemaal maar, omdat echt te kaderen hoe dat je je voelt in die verschillende fasen, hoe dat het komt dat dat zo verschillend is, dat was voor mij achteraf gezien ook wel een eye-opener en dat is denk ik ook wel handig voor als mensen starten om te weten van ja, zo ziet die cyclus eruit voor ze starten."* - Deelnemer 2

Vrouwen vermelden verschillende informatiebronnen waaruit ze hun kennis over anticonceptie halen.

Tijdens de interviews gingen we ook na uit welke bronnen de kennis van vrouwen over anticonceptie kwam.

Alle geïnterviewde vrouwen gingen ten rade bij een zorgverlener om informatie te verkrijgen over anticonceptie. De meest vermelde **zorgverleners** waren de huisarts en de gynaecoloog, hierbij gingen bijna alle vrouwen langs. Er kwamen ook andere zorgverleners aan bod, zoals de kinesist en de dermatoloog.

> *"Ik wist er wel al een beetje over, dus als ik terugga in de tijd naar toen ik 16 was, toen heb ik dat wel met mijn **huisarts** besproken, en die heeft mij dat ook wel goed uitgelegd."* - Deelnemer 1

> *"Ik denk dat ik er ondertussen meer over ken omdat ik al veel overlegd heb **met dokters en gynaecologen**."* - Deelnemer 6

> *"Mijn **kinesitherapeute**, waar ik om de zoveel tijd mee babbel, die is er eigenlijk ook mee bezig."* - Deelnemer 2

> *"Dat was in eerste instantie ook voor acne, dat mijn **dermatoloog** dat had aangeraden voor een stukje."* - Deelnemer 4

Een andere belangrijke informatiebron was de **media**, deze werden geraadpleegd door alle geïnterviewde vrouwen. We hebben de term 'media' als overkoepelende term gebruikt voor internet, podcasts, tv/krant en folders. Alle geïnterviewde vrouwen waren gaan zoeken op het internet, en dan meer bepaald via zoekrobots zoals *Google*. Ook gingen sommige vrouwen meteen op zoek naar websites. Ze gaven ook wel aan dat ze toch probeerden te kijken of een website er betrouwbaar of niet uit zag. Echter had geen enkele vrouw duidelijke criteria om dit te bepalen. Enkele van de geïnterviewde vrouwen gingen ook ten rade op sociale media, en dan het vaakst op *TikTok* of *Instagram*. Vrouwen vonden deze bronnen interessant om zo de meningen van anderen te leren kennen. Enkele van de deelneemsters gingen ook ten rade op blogs of online fora. Specifieke voorbeelden hiervan zijn *Guud* en de app *Clue.* Verder werd er ook nog gesproken over klassieke media zoals tv en krant, podcasts of folders als informatiebron.

> *"**Google** is uw startpagina, dus dan typ je in in* Google *en dan selecteer je een beetje. Dan kom je inderdaad nogal vaak bij een universitair ziekenhuis uit. Bijvoorbeeld **websites**, dat is een beetje van na mijn tijd denk ik, alles wat **Sensoa** en zo aangaat, heb ik nog niet echt bezocht."* - Deelnemer 3

> *"Sociale media doe ik meestal niet. Dat zijn denk ik te veel meningen, allez op **Google** kan dat ook maar dan hoop ik dat dat toch eerder dokters zijn die dat plaatsen."* -Deelnemer 5

> *"En dat voelt kei belachelijk, maar op **TikTok** zijn er heel veel vrouwen [lacht gegêneerd]. Maar ja, dat klinkt zo belachelijk. Op* TikTok *dat zijn gewoon dan, je denkt dan dat zijn belachelijke filmpjes van, daar zit geen waarheid in of zo, maar er zijn ook wel veel, ja, dat zijn geen wetenschappelijke bronnen of zo op* TikTok *eh. Maar wel heel veel vrouwen die vanuit hun eigen ervaring spreken en die ook heel veel tijd hebben gestoken in hun eigen lichaam te herkennen, hun PCOS te leren kennen, ook, allez, zowel op vlak van hoe dat ze zichzelf voelen en wat de wetenschap zegt. En die daar dan ook heel, heel goede en duidelijke informatiefilmpjes over maken op niveau van, ook jonge vrouwen en meisjes."* - Deelnemer 11

> *"Ik heb geen* TikTok*. Ik heb wel **Instagram**. Maar ik denk niet dat ik echt profielen gevolgd heb of tegengekomen ben waar dat ze zeiden van 'ik gebruik geen anticonceptie meer' of 'ik gebruik de andere anticonceptie en ik voel me beter', denk ik niet."* - Deelnemer 12

> *"Ik volg op **Instagram*** Guud*. Dat zijn vitamines, voor en door vrouwen. Dat heb ik vooral gelezen, zij hebben een leuke **blog**. Dat is leuk om te lezen en daar heb ik vooral naar gekeken. Ze spreken van de natuurlijke cyclus, daar heb ik mij vooral op gebaseerd."* - Deelnemer 2

> *"Want ik weet dat met mijn **app** van **Clue**. Die gebruik ik. Ik betaal daar ook voor zodat ik meer opties heb, enzovoort."* - Deelnemer 10

> *"Wat dat wel kan zijn trouwens: **podcasts.** Ik heb heel veel podcasts geluisterd. En daar kwam inderdaad dan wel af en toe eens iets voorbij over iemand die zei, ja omdat hij dan wel bezig was met gezondheid en ja, het gaat van voeding naar supplementen naar en dan komen we zo eigenlijk als je podcasts over gezondheid en voeding en zo dan komt die cyclus op bepaald moment aan bod en dan wordt er inderdaad wel gesproken over ja, 'een natuurlijke cyclus of niet?' Ja, dus podcasts hebben eigenlijk wel degelijk bijgedragen aan die beslissing. Dat durf ik wel zeggen. Ja."* - Deelnemer 12

> *"Ik zou wel **foldertjes** [geven]"* - Deelnemer 13

Een derde belangrijke bron waren de mensen uit de **directe omgeving**. Hiermee werden vrienden, familie, de partner en collega's bedoeld. Vrouwen gingen makkelijk bij vriendinnen ten rade. Dit zowel voor het verkrijgen van informatie, maar ook om meningen te horen en om zich te laten bijstaan in het nemen van een beslissing. Voor enkele vrouwen was het spreken met de omgeving ook voldoende om effectief van anticonceptiemethode te veranderen. Hetzelfde geldt voor spreken met familie, bijvoorbeeld moeder, zus of nicht. Al was er ook een vrouw die aangaf dit gesprek juist net niet te willen houden, eerder uit gêne naar haar mama toe. Als vrouwen er over spraken met hun partner, was dit eerder om de opties te overlopen dan echt om nieuwe informatie te verkrijgen. En tot slot waren er dan ook nog een paar vrouwen die het bespraken met collega's op het werk, en hier informatie uit haalden voor hun beslissing.

> *"Ik had er al veel over gehoord van mijn **vriendinnen**. Ik had er al een paar gehad die het hadden laten plaatsen maar ook weer hadden laten verwijderen, omdat ze te veel puisten hadden en zo."* - Deelnemer 1

> *"Ja het [de vriendinnengroep] informeert he, je zit wat in **dezelfde leefwereld, zelfde leeftijdscategorie** dus ja, op zijn minst laat je je daardoor informeren, finaal beslis je natuurlijk zelf."* - Deelnemer 3

> *"Samen met **mijn mama** die zei dat de pil toch veel bijwerkingen heeft."* - Deelnemer 8

> *"Bijvoorbeeld **mijn zus** en een goede vriendin, die nemen allebei de prikpil."* - Deelnemer 9

> *"Aan mama durfde ik dat niet echt vragen [lacht gegêneerd]."* - Deelnemer 10

> *"Met **hem [partner]** heb ik dat wel allemaal besproken. Hij stond ook achter mijn keuze en ja hij zei ook 'Als je de pil wil pakken of je wilt daar mee stoppen, of je wilt iets anders doen, dat is allemaal okay voor mij.'"* - Deelnemer 5

> *"Een **collega**, daar heb ik het wel veel mee, die stond zo op hetzelfde punt. Zij zei dan: 'Doen, maar je gaat even afzien'. Dat is inderdaad wel zo, de hoofdpijn. Maar ja, ik babbel er wel over."* - Deelnemer 2

Vrouwen verwezen verder ook nog naar hun **eigen ervaring** en **opleiding** als bron. Dit gaat dan over de lessen seksuele opleiding of lessen tijdens latere opleidingen. Ook gaven sommige vrouwen aan dat ze vanuit zichzelf ook wel al wat kennis hadden, over hun lichaam en uit voorgaande ervaringen.

> *"In het **middelbaar** kregen we er al **les** over. Op de **universiteit** kregen we er ook les over. Via BEMSA krijg ik ook cursussen."* - Deelnemer 6

> *"Neen. Maar ik wist dit al van mezelf, vanuit de **les** (**middelbaar**)."* - Deelnemer 8

> *"Maar ik wist wel, ja ik was vrij zeker dat dat bij mij niet ging gebeuren. Ten eerste omdat ik er als kind nooit veel had gehad en ten tweede omdat ik al eens een jaar was gestopt en er toen ook niet zo veel last van had."* - Deelnemer 1

> *"Misschien zelf wat opzoeken, maar **uiteindelijk weet je al een beetje**."* - Deelnemer 13

Tot slot waren er ook verscheidene vrouwen die aangaven dat ze in **bijsluiters** lazen om informatie te krijgen over anticonceptie en de mogelijke nevenwerkingen.

> *"De periode was ook een beetje moeilijk, je begint een beetje te zoeken. Uiteindelijk ben ik dan **de bijsluiter** beginnen lezen, daar stond dat dan in. Omdat ik zo de vinger er niet op kon leggen, wat is dat hier nu. En dan heb ik de bijsluiter gelezen en dan ben ik naar de gynaecoloog gestapt."* - Deelnemer 2

Discussie

De eerste onderzoeksvraag van onze studie was welke redenen vrouwen hebben om te stoppen of te veranderen van anticonceptiemethode. Dit kwalitatief onderzoek toont aan dat er verschillende redenen zijn. Uit onze literatuurstudie bleek al dat fysieke en psychische bijwerkingen meestal de eerste reden(en) waren voor verandering (2,4,7–10). In onze resultaten werden bijwerkingen inderdaad aangegeven als reden tot switch, maar soms ook louter als nadeel van anticonceptie. Mogelijke nevenwerkingen die werden beschreven in de literatuur, zijn: bloedingen, pijn, krampen, symptomen ter hoogte van de borsten, gewichtsverandering, invloed op het gemoed, invloed ter hoogte van huid of haar, libidoveranderingen, pijn bij coitus, vaginale klachten, neurologische klachten, gastro-intestinale klachten en cardiovasculaire klachten (2,4,7). Dit komt overeen met de bevindingen van onze studie.

Psychische nevenwerkingen werden in de artikels van onze literatuurstudie niet apart beschreven, maar kwamen bij ons ook frequent aan bod. Psychisch ging het voor het merendeel over invloed op gevoelens met stemmingswisselingen en depressieve gedachten, maar ook over libidoverlies en premenstrueel syndroom. Libidoverlies en premenstrueel syndroom (PMS) vermeldden we in de categorie psychische bijwerkingen, maar kan evenzeer in fysieke bijwerkingen passen. We deelden ze voornamelijk in bij psychische bijwerkingen omwille van de mentale weerslag die deze twee fenomenen hebben. De psychische bijwerkingen werden door de meesten vermeld als nadeel, en door de meeste vrouwen werd ook effectief een daling van de psychische bijwerkingen gezien na switch of stop. Dit betekent dat invloed op gemoed en gevoelens, alsook libidoverschil soms getolereerd werd door vrouwen, of pas achteraf werd gelinkt aan hun anticonceptie, zonder dat dit echt een reden was voor switch.

Uit onze interviews kwam naar voren dat nevenwerkingen zeker niet de enige redenen waren om te stoppen of veranderen. We vonden moeite met gebruik en verandering van anticonceptienood ook terug als beweegreden. Dit werd al beschreven in verschillende studies onder de vorm van ‘methode-gerelateerde problemen’ (4,8,10,11). Dit leert ons bijvoorbeeld dat het fysieke comfort bij het plaatsen van een vaginale ring of spiraaltje belangrijk blijft; alsook het niet dagelijks moeten innemen van een pil omdat sommige vrouwen vergeetachtig waren. Het lijkt vanzelfsprekend, maar elke vrouw heeft haar eigen voorkeuren. Om deze te respecteren blijft het belangrijk om als huisarts te horen naar stiptheid van inname bij de pil, belang van het niet voelen zitten bij het vrijen en belang voor de vrouw van een comfortabele, niet-pijnlijke plaatsing.

Hoewel enkele vrouwen moeite met gebruik aangaven als reden tot stop of verandering, gaven er nog andere vrouwen het aan als nadeel zonder dat dit hen echt weerhield van de methode te gebruiken. Meestal beseften ze achteraf dat ze er wat last van hadden, maar het wel konden verdragen. We merkten dat er een vrouw aangaf vooral graag bescherming tegen zwangerschap te hebben, en dan toch de mogelijkse bijwerkingen of discomfort van een methode verdroeg. Ze had een spiraaltje opgestart met hoop dat dysmenorroe ging verbeteren, maar dit gebeurde niet. Ondanks dat de dysmenorroe niet verbeterde, was ze heel tevreden met de betrouwbaarheid van het spiraaltje als methode. Dit nuanceert de gedachte in de studie van Steinberg et al die aangeeft dat zelfvertrouwen van de vrouw in het correcte gebruik en tevredenheid van de methode een grote rol speelden bij continuïteit van behandeling (5).

We merkten dat voorspelbaarheid van de cyclus bij velen ook een startreden was tijdens de adolescentie, zodat de jonge vrouwen wisten wanneer hun menstruatie zou vallen en voorbereid konden zijn met maandverbanden of tampons. Deze voorspelbaarheid valt meestal weg bij het stoppen van hormonale anticonceptie. Daarom lijkt het belangrijk om als huisarts op consultatie te vermelden dat de voorspelbaarheid van de cyclus zou kunnen wegvallen bij vraag van een patiënte naar stoppen of switchen van anticonceptie. Dit zou een impact kunnen hebben op hun beslissing.

Qua verandering van anticonceptienood werd er vooral opgemerkt dat er werd gestopt of geswitcht van anticonceptiemethode met een nieuwe relatie of nieuwe kinderwens in de relatie. Dit lijkt logisch, zoals ook reeds in de studies van Wigginton et al en Hirth et al beschreven (9,10). Wigginton et al verdeelde deze redenen in twee aparte categorieën: contraceptief en gerelateerd aan seksuele betrekkingen of relaties. Dit zagen we eerder als een geheel in onze studie.

Tijdens onze interviews werd eveneens vermeld dat enkele mannelijke partners sterilisatie hadden ondergaan waardoor dat de vrouwen zelf geen anticonceptie meer hoefden te gebruiken. Dit blijkt een belangrijk gegeven: deze vrouwen waren blij dat ze geen bijwerkingen moesten doorstaan van hormonale anticonceptie en dat de verantwoordelijkheid bij de man lag vanaf dan. In trends beschreven in de statistieken van het RIZIV, stijgt de vasectomie-ingreep enkel door sinds 2013, met gemiddeld een leeftijd van 38 jaar bij de man (31). We kunnen dus verwachten dat het anticonceptiegebruik bij de vrouw vanaf deze leeftijd ongeveer licht zal dalen in de toekomst.

Wat belangrijk bleef voor de vrouwen qua methode was het anticonceptief effect en de betrouwbaarheid van de methode. Was de methode niet betrouwbaar genoeg en hadden ze totaal geen kinderwens, zouden ze bijvoorbeeld overstappen van coitus interruptus naar hormonale pil. Was er een factor vaste relatie en pilmoeheid zou coitus interruptus terug een optie worden.

Uit onze interviews bleek ook dat bij enkele vrouwen het risico verbonden aan hormonale anticonceptie een beweegreden was om te veranderen of stoppen met anticonceptie. Het ging dan om risico op trombose als beweegreden, zij het door een trombogene ziekte of door een persoonlijke vraag naar minder trombogene medicatie. Als opmerking bij de risicoanalyse halen we even aan dat er niemand een absolute contra-indicatie had voor hormonale anticonceptie. Dit was namelijk ook één van de exclusiecriteria van ons onderzoek. Echter was de beperkte stijging van het risico voor sommige vrouwen wel voldoende om de afweging tot stop te maken. Een vrouw vermeldde ook als beweegreden dat haar PCOS-klachten beter waren geworden bij het stoppen van haar pil, terwijl dit volgens de huidige richtlijnen net een indicatie is voor het starten van een combinatiepil (32).

Verschillende vrouwen gaven ook hormoonstop en/of -moeheid aan als reden om te switchen of stoppen met anticonceptie. Al deze vrouwen gaven aan hun eigen cyclus beter te willen leren kennen en de natuur zijn gang te willen laten gaan. Uit onze interviews bleek dat er een trend is bij vruchtbare vrouwen om minder hormonen te gebruiken. Dit werd ook bevestigd in enquêtes van Sensoa en een recente webinar van Domus Medica (33,34). Zo toonde recent onderzoek van Sensoa nog aan dat 29% van de deelnemers een condoom wensten te gebruiken met als reden om hormonale anticonceptie te vermijden. Deze studie geeft ook aan dat hormoonmoeheid vooral leefde bij dertigers, vrouwen, mensen met vaste sekspartner en laaggeschoolden (33). Ook bij ons zijn de deelneemsters die spreken van hormoonmoeheid vrouwen van rond de 30, die in een vaste relatie zitten. Deze studie geeft ook aan dat er op sociale media zoals *TikTok* en *Instagram* veel beweegt rond het gebruiken van minder

hormonen, soms zelf tot demonisering van hormonale anticonceptiemethodes toe (33). Dit nieuws is ook al meerdere malen in de media verschenen (35,36). Het valt ook op dat de deelneemsters die voornamelijk spraken over sociale media als bron, aangaven hormonen te willen vermijden.

Een vrouw gaf daarnaast ook aan 'dat ze wou weten of ze al in de menopauze was', als beweegreden om te stoppen met anticonceptie. Dit is natuurlijk altijd interessant om te weten, zodat hormoonintake gestopt kan worden als deze niet meer het gewild anticonceptief effect geeft. De richtlijnen raden inderdaad aan om te stoppen met anticonceptie, en dit op de leeftijd van 52 jaar. Dit omdat de menopauze niet vast te stellen is onder anticonceptie en de gemiddelde vrouw deze bereikt op een leeftijd van 50-51 jaar. Tevens nemen de risico's op maligniteit en trombogene events ook toe naar mate de leeftijd vordert (37,38).

In Simmons et al werd nog een andere reden gegeven voor stop of switch, namelijk de wil om een andere methode te proberen (4). Dit kwam niet expliciet aan bod tijdens onze interviews. Impliciet kwam dit wel bij sommige vrouwen naar boven, bijvoorbeeld als er een noodzaak was om te veranderen, dat ze dan bereid waren ook eens een niet orale anticonceptiemethode te gebruiken, zoals een spiraal of vaginale ring.

We peilden in ons onderzoek ook naar welke informatiebronnen vrouwen raadpleegden om kennis te krijgen over anticonceptie en hoe deze hun bijstond in hun beslissing over de juiste anticonceptiekeuze. Alle geïnterviewde vrouwen gingen ten rade bij zorgverleners voor hun kennis over anticonceptie of beslissing tot switch of stop, zij het de huisarts en gynaecoloog of de kinesist of dermatoloog. Dit toont wel aan dat vrouwen vaak spreken over anticonceptie met zorgverleners en open staan voor verschillende meningen. Maar uit de interviews blijkt dat ze ook wel veel waarde hechten aan de mening en de kennis van hun behandelende arts. Het is logisch dat vrouwen te rade gaan bij artsen, omdat ze van hen de voorschriften krijgen.

De bevindingen dat artsen een belangrijke informatiebron zijn, komen grotendeels overeen met wat we al vonden in de literatuur. In de studie van Wellings et al. werden gezondheidsmedewerkers ook als een belangrijke informatiebron beschouwd, er werd echter geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende types zorgverleners of artsen (21). Er werd ook in de literatuur aangehaald dat vrouwen heel tevreden waren als ze advies kregen over anticonceptie door hun arts (in deze studie ging het wel over de gynaecoloog) (19). Dit komt ook overeen met wat onze deelneemsters vertelden. Zij krijgen graag een uitgebreide, relevante uitleg en staan ook open om betrouwbare bronnen mee naar huis te krijgen. Voor ons, als huisarts, is het nuttig om te weten dat vrouwen vaak bij ons terecht komen om informatie over anticonceptie te krijgen, en dat ze deze informatie ook als zeer betrouwbaar inschatten. Vrouwen appreciëren ook sterk als ze informatie specifiek op maat van hun eigen situatie krijgen qua contra-indicaties, leeftijd of voorkeuren.

Ook de media werden als bron aangehaald door alle geïnterviewde vrouwen. Online zoeken werd in een gevonden studie reeds als belangrijke bron aangehaald. In die studie ging het wel over jonge deelneemsters van 17 tot 27 jaar oud (19). Vrouwen in ons onderzoek gingen allemaal op zoek via websites, en dit via zoekrobots zoals *Google*. Ze probeerden in het algemeen wel betrouwbare sites te raadplegen, maar dit gebeurde vooral aan de hand van eigen opvattingen over wat betrouwbaar was en wat niet, en niet volgens een specifieke methodiek, zoals vermeld in de resultaten.

Er werd door enkele vrouwen ook sociale media geraadpleegd, zoals bijvoorbeeld *Instagram* of *Tiktok*. Een andere vrouw haalde de website *Guud* aan als informatiebron. Dit is een online webshop voor voedingssupplementen, die ook uitleg voor vrouwen geeft rond menstruatiecyclus, anticonceptie en PMS. Een kanttekening die we bij deze bron kunnen maken is dat het om een commerciële website gaat en er ook geen duidelijke bronvermelding aangegeven is(39). Een andere vrouw gaf de app *Clue* aan als bron. Dit is een app die door 10 miljoen vrouwen in 190 landen wordt gebruikt. Deze app is voornamelijk een menstruatietracker, maar zegt ook gebruikt te kunnen worden in bijvoorbeeld de perimenopauze of de zwangerschap. Er worden ook artikels met medische informatie aangeboden, maar deze is in vele gevallen betalend. Bronnen worden wel duidelijk vermeld, en de app heeft het CE label van graad 1 medisch apparaat te zijn (40). Deze laatste 2 bronnen kunnen wel belangrijke informatie en opvattingen over gezondheid en anticonceptie meegeven aan vrouwen. Het lijkt ons als arts dan ook des te belangrijk om hiernaar te peilen, om eventuele onderliggende opvattingen die vrouwen hierdoor krijgen, ook te kunnen leren kennen en indien nodig te bevestigen of weerleggen. Tevens kunnen we hen zo ook proberen waarschuwen voor de mogelijks foutieve informatie op sociale media en commerciële websites. In de inleiding haalden we al aan dat vrouwen vaak over foutieve ideeën beschikken rond anticonceptie (18). Sociale media en internetsites kunnen een belangrijke rol spelen in deze foutieve opvattingen. Het lijkt ons dan ook wederom nuttig als arts om patiënten betrouwbare informatiebronnen mee te geven en wat te kunnen sturen in wat ze raadplegen online. Mogelijke voorbeelden hiervan zijn *allesoverseks.be* en *zanzu.be* (24,41).

Een derde belangrijke informatiebron voor onze geïnterviewde vrouwen was de directe omgeving. Hierbij dan voornamelijk de vrienden, familie en partner. Dit wijst toch ook op het feit dat vrouwen het ook wel vaak met hun omgeving hebben over hun anticonceptie. Ook in de literatuur werden vrienden aangehaald als bron. Het omgekeerde kwam echter ook aan bod, een deelneemster ervaarde net schroom om het met haar moeder te bespreken. Dit geeft toch aan dat er een taboe blijft bestaan over anticonceptie en dat als vrouwen bij de huisarts met vragen hierover komen, we er niet van uit mogen gaan dat ze al veel ervaringsverhalen hebben gehoord. Ervaring van de dichte omgeving, zowel positief als negatief, werd heel snel meegenomen in de beslissing tot verandering of stop door de vrouwen. Een gunstige of ongunstige ervaring rond anticonceptie kon snel een belangrijke invloed geven op de beslissing. Uit onze interviews bleek dat we bij vrienden als informatiebron een kanttekening moeten maken; sommige vrouwen beschouwden hen eerder als klankbord, andere als echte informatiebron. Bij de partners moeten we ook een kleine kanttekening maken: vrouwen beschouwden hen eerder als een overlegpartner dan als een informatiebron. In de studie van Simmons et al was de mening van de partner ook echt een reden dat vrouwen veranderden van anticonceptiemethode, dit kwam bij ons niet zo aan bod (4).

De voorgaande eigen ervaringen met daarbij de opleiding en eigen opvattingen, konden we in de literatuur niet terugvinden als belangrijke bron. Voor ons is dit wel belangrijke informatie, en met dan als reden dat het nuttig kan zijn hiernaar te peilen in een consult rond anticonceptie en ook de informatie die we geven hierop af te stemmen. Zo kan het voor de ene vrouw dan nuttiger zijn om bijvoorbeeld dieper in te gaan op de werking van anticonceptie, terwijl dit voor de andere vrouw eigenlijk niet nuttig is. Er was ook een deelneemster die omwille van eigen ervaring een leven zonder hormonen een goede regulator vond van haar PCOS. Dit onder andere na het horen van ervaringen van collega's, ervaringen op sociale media en ondanks het inwinnen van tegenstrijdig medisch advies.

Dit toont ook aan dat peilen naar de ideeën van de patiënt toch bijzondere opvattingen kan bovenbrengen en het nuttig is aan de hand hiervan advies en educatie op maat te geven.

Om dezelfde reden kan het ook nuttig zijn om te peilen of de vrouwen de bijsluiter hebben gelezen en wat ervan is bijgebleven. Dit is belangrijk om bepaalde vragen hierbij te kunnen beantwoorden als huisarts. De papieren bijsluiter blijft een belangrijke en nuttige bron over de ingenomen medicatie, de vraag blijft echter hoeveel vrouwen deze effectief lezen, en hoeveel hun informatie hen ook effectief bijblijft. Volgens de studie van Almanasef et al verkiezen patiënten nog steeds om informatie via hun arts te krijgen, maar vinden ze het ook nuttig om de bijsluiter te kunnen lezen. 78 % doet dit steeds bij nieuwe medicatie, tegenover 45% bij herhaaldelijke medicatievoorschriften (42).

Sterktes en limieten

Sterktes van deze studie zijn dat we met een brede blik keken naar de ervaringen van vrouwen. In de studie werd geen onderscheid gemaakt tussen alle vormen van hormonale en niet-hormonale anticonceptie (coitus interruptus, condoom, combinatiepil, progesteron-only pil, hormoonspiraaltje, koperspiraaltje, implantaat, vaginale ring, hormonale pleister, sterilisatie). Veel van deze methodes werden wel besproken door de gebruiksters. Door geen onderscheid te maken wilden we de focus leggen op de redenen tot stop of switch in het algemeen en niet op de anticonceptiemethodes zelf. Mede als reden ook omdat de steekproef zo klein is. Door dit op deze manier te doen, kregen we een algemener beeld van vrouwen met anticonceptie. We veronderstellen dat deze aanpak mee leidde tot het bovenkomen van thema's zoals 'risicoanalyse en hormoonstop', die we niet terugvonden in ons literatuuronderzoek.

Deze studie heeft echter ook enkele belangrijke beperkingen. Eerst en vooral gaat het om een redelijk kleine steekproef, met 13 deelnemers. Tevens gaat het ook om vrouwen die allemaal hoog opgeleid zijn, bachelorniveau of hoger. Ze zijn ook allemaal Kaukasisch van afkomst en woonachtig in een plattelandsregio. Alle vrouwen waren atheïst, niet gelovig of (niet praktiserend) Christelijk. Daarom kunnen er met deze studie niet echt conclusies getrokken worden over vrouwen in de steden of van een andere afkomst (12). Qua representativiteit van leeftijd interviewden we wel vrouwen van verschillende leeftijden, zowel met als zonder veel voorgeschiedenis van anticonceptie.

Implicaties voor de praktijk

Hoe we vrouwen met een anticonceptievraag het beste kunnen verder helpen als huisarts blijft de hamvraag: het is een kwestie van een goed dossier bij te houden om contra-indicaties en risicofactoren te kennen bij het voorschrijven, maar ook persoonlijke voorkeuren en psychische of fysieke reacties van de vrouwen op de anticonceptiemethode te registreren en mee te nemen in de keuze om te switchen of stoppen. Want wat voor de ene een absolute reden is om te stoppen of te veranderen, wordt voor de andere louter als een nadeel gezien, dat niet kan opwegen tegen de voordelen die ze wel ervaren van anticonceptie. We merkten in de studie ook dat vrouwen het heel fijn vinden om uitgebreide informatie van hun arts te krijgen, en hiervoor openstaan. Daarbovenop gaan ze ook vaak ten rade op het internet en in hun omgeving. Hiervoor blijft het dus nuttig om correcte en betrouwbare bronnen mee te geven tijdens een consult.

Concreet nemen wij dus mee uit deze studie dat naast de ICE (ideas, concerns en expectations) en de vanzelfsprekende uitleg die gegeven wordt rond de start, voor- en nadelen, risico's en contra-indicaties, we ook voorstellen om steeds na te gaan welke ervaring de patiënt al eerder heeft gehad, wat ze al heeft overlegd met haar omgeving en welke bronnen geraadpleegd zijn geweest. We stellen ook voor om zeker na elk consult informatie mee te geven aan de patiënt, bijvoorbeeld via de website *allesoverseks.be* (24). Deze studie toont ook aan dat het zeer nuttig kan zijn om naar de onderliggende redenen voor een switch of stop te peilen, omdat ze vaak verder gaan dan enkel nevenwerkingen, en misschien eerder wijzen op problemen met de methode of hormoonmoeheid.

Conclusie

Vrouwen hebben heel wat verscheidene redenen om te veranderen van anticonceptie, en deze blijven sterk individueel bepaald. Vaak aangehaalde redenen zijn: nevenwerkingen, veranderde anticonceptienood, methodegerelateerde problemen, hormoonmoeheid, ongerustheid over de risico's van hormonen en eigen ervaring. Voordelen voor de ene, zijn nadelen voor de andere. Het is aan de arts om deze redenen voldoende te bevragen om hieruit een zo goed mogelijk advies te geven op maat van de patiënt. Vrouwen appreciëren de expertise van hun zorgverleners sterk, maar gaan ook zeer vaak ten rade op het internet. Het is dus belangrijk ook hier naar opgedane kennis te peilen en de patiënt met betrouwbare bronnen in contact te brengen.

Literatuurlijst

1. Charafeddine R., Braekman E., Gisle L., Drieskens S. Gezondheidsenquête 2018: Seksuele gezondheid. [Internet]. Brussel; 2018 [cited 2023 May 2]. Available from: www.gezondheidsenquête.be

2. Johnson S, Tiplady S, Humberstone F. Survey of usage and awareness of contraception across four European countries. Eur J Contracept Reprod Health Care [Internet]. 2012;17:S124. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L70748059&from=export

3. Ersek JL, Huber LRB, Thompson ME, Warren-Findlow J. Satisfaction and discontinuation of contraception by contraceptive method among university women. Matern Child Health J [Internet]. 2011 May [cited 2025 Apr 8];15(4):497–506. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20428934/

4. Simmons RG, Sanders JN, Geist C, Gawron L, Myers K, Turok DK. Predictors of contraceptive switching and discontinuation within the first 6 months of use among Highly Effective Reversible Contraceptive Initiative Salt Lake study participants. Am J Obstet Gynecol. 2019 Apr 1;220(4):376.e1-376.e12.

5. Steinberg JR, Marthey D, Xie L, Boudreaux M. Contraceptive method type and satisfaction, confidence in use, and switching intentions. Contraception [Internet]. 2021;104(2):176–82. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2011796504&from=export

6. Buysse Ann. Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen [Internet]. Gent; 2013 [cited 2023 May 2]. Available from: https://www.ugent.be/pp/ekgp/nl/onderzoek/onderzoeksgroepen/relatie-en-gezinsstudies/sexpert/reproductievegezondheid.pdf

7. Svahn S, Niemeyer Hultstrand J, Tydén T, Ekstrand Ragnar M. Contraception use and attitudes: women's concerns regarding hormonal contraception and copper intrauterine devices. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2021 Nov 2;26(6):473–8.

8. Inoue K, Barratt A, Richters J. Does research into contraceptive method discontinuation address women's own reasons? A critical review. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 2015 Oct 1;41(4):292–9.

9. Wigginton B, Harris ML, Loxton D, Lucke JC. A qualitative analysis of women's explanations for changing contraception: the importance of non-contraceptive effects. J Fam Plann Reprod Health Care [Internet]. 2016 Oct [cited 2023 Apr 30];42(4):256–62. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26811435/

10. Hirth J, Dinehart E, Lin YL, Kuo YF, Patel P. Women's satisfaction and primary reason for choosing their current contraception method by contraception type. J Women's Health [Internet]. 2018;27(4):3. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L622343093&from=export

11. Bachofner** M, Blickenstorfer** K, Hutmacher J, Wehrle L, Leeners B, Merki-Feld G. Intrauterine device continuation rates and reasons for discontinuation in a Central European clinic with a high standard of care and ultrasound follow-up: a retrospective cohort study. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2018 Nov 2;23(6):407–14.

12. Poleon S, Thompson EL. Reasons for Intent to Discontinue and Remove Long-Acting Reversible Contraceptives: National Survey of Family Growth 2017-2019. J Women's Health [Internet]. 2022;31(5):733–40. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L638088517&from=export

13. Chikoburo I, Dear W, Ohizua O, Acharya S, Arumainayagam J. P037 Why do women discontinue long acting reversible methods of contraception? – findings from an integrated sexual health clinic. Sex Transm Infect [Internet]. 2017 Jun 1 [cited 2023 Apr 30];93(Suppl 1):A29–30. Available from: https://sti-bmj-com.kuleuven.e-bronnen.be/content/93/Suppl_1/A29.3

14. Griffiths V, Ramogi M, Munasinghe S, Marfleet C. Reasons for patient discontinuation of long acting reversible contraceptive devices (LARCs) and ways of improving adherence. Literature review and audit. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care [Internet]. 2018;23:76. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L621903580&from=export

15. Kumar V, Deshpande N, Jaffer K. Contraceptive switching following early discontinuation of contraceptive implant. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2013 Jan 1;18(0):148.

16. Saloranta T, Gyllenberg F, But A, Gissler M, Laine M, Heikinheimo O. Free-of-charge long-acting reversible contraception: two-year discontinuation, its risk factors, and reasons. Am J Obstet Gynecol. 2020 Dec 1;223(6):886.e1-886.e17.

17. Inoue K, Kelly M, Barrett A, Bateson D, Black KI, Stewart M, et al. Australian women's experiences of the subdermal contraceptive implant: A qualitative perspective. Aust Fam Physician [Internet]. 2016;45(10):734–9. Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L616343029&from=export

18. Cabral M, Armstrong E, Blum M, Schroeder R, Lesyna K, Harper C. "it's safe, right?" What community college students know, do not know and think they know about birth control. Contraception [Internet]. 2016;94(4):414. Available from:

https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L614781975&from=export

19. Stepanić V, Podgajski M, Valetić J, Zovko G, Kukura V. Young women and oral contraception – knowledge, expectations, satisfaction. Eur J Contracept Reprod Health Care 2013 ; 18(1):152 [Internet]. 2013 [cited 2023 Jul 12];11:152. Available from: https://www.bib.irb.hr/1016032

20. Alspaugh A, Reibel MD, Im EO, Barroso J. "Since I'm a little bit more mature": contraception and the arc of time for women in midlife. Women Midlife Health [Internet]. 2021;7(1). Available from: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2011127452&from=export

21. Wellings K, Brima N, Sadler K, Copas AJ, McDaid L, Mercer CH, et al. Stopping and switching contraceptive methods: Findings from Contessa, a prospective longitudinal study of women of reproductive age in England. Contraception. 2015 Jan 1;91(1):57–66.

22. BCFI | Anticonceptie [Internet]. [cited 2023 May 5]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/7?matches=anticonceptiemethoden%7Canticonceptiemethode%7Canticonceptie%7Cnoodanticonceptie&frag=5306

23. Overview | Contraception | Quality standards | NICE [Internet]. [cited 2023 May 1]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/qs129

24. Anticonceptie | allesoverseks.be - van Sensoa [Internet]. [cited 2023 May 1]. Available from: https://www.allesoverseks.be/anticonceptie

25. The Lowdown: A Women's Health Review Platform [Internet]. [cited 2025 Apr 8]. Available from: https://thelowdown.com/

26. Anticonceptie vragen? Lees er alles over op Anticonceptie.nl [Internet]. [cited 2023 May 1]. Available from: https://www.anticonceptie.nl/

27. Gopaldas A. A front-to-back guide to writing a qualitative research article. Qualitative Market Research [Internet]. 2016 Jan 11 [cited 2025 Apr 8];19(1):115–21. Available from: https://www.researchgate.net/publication/289693411_A_Front-to-Back_Guide_to_Writing_a_Qualitative_Research_Article

28. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2006;3(2):77–101.

29. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud [Internet]. 2012 Mar [cited 2025 Mar 25];49(3):360–71. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21996649/

30. NVivo: Leading Qualitative Data Analysis Software | Lumivero [Internet]. [cited 2025 Apr 8]. Available from: https://lumivero.com/products/nvivo/

31. Vasectomie - Naar een gezond België [Internet]. [cited 2025 Apr 5]. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/medische-praktijkvariaties/mannen/vasectomie-nl

32. Management of Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) - DynaMed [Internet]. [cited 2025 Apr 8]. Available from: https://www-dynamed-com.gateway2.cdlh.be/management/management-of-polycystic-ovary-syndrome-pcos

33. Cijfers anticonceptiegebruik in België | Sensoa [Internet]. [cited 2025 Apr 8]. Available from: https://www.sensoa.be/anticonceptiegebruik-bij-belgische-jongeren-en-volwassenen-feiten-en-cijfers

34. Webinar: Hormoonmoeheid en anticonceptiecounseling by Roularta Media Group [Internet]. [cited 2025 Apr 8]. Available from: https://www.bigmarker.com/roularta/Hormoonmoeheid-en-anticonceptiecounseling

35. Dit slikken ze niet meer: steeds meer vrouwen stoppen met de pil en dat past goed in een tendens in ons hele leven | GVA [Internet]. [cited 2025 Apr 8]. Available from: https://www.gva.be/binnenland/dit-slikken-ze-niet-meer-steeds-meer-vrouwen-stoppen-met-de-pil-en-dat-past-goed-in-een-tendens-in-ons-hele-leven/37097414.html

36. Stoppen we massaal met de pil? [Internet]. [cited 2025 Apr 8]. Available from: https://www.helan.be/nl/magazine/mijn-gezondheid/gezond-leven/stoppen-hormonale-anticonceptie/

37. Anticonceptie | NHG-Richtlijnen [Internet]. [cited 2025 Apr 7]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/anticonceptie#volledige-tekst

38. De overgang | NHG-Richtlijnen [Internet]. [cited 2025 Apr 7]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/de-overgang#volledige-tekst-niet-hormonale-behandeling

39. Guud Woman | Helpt je om je elke dag van de maand geweldig te voelen [Internet]. [cited 2025 Apr 1]. Available from: https://www.guudwoman.com/?fbclid=IwY2xjawJYk0tleHRuA2FlbQIxMAABHffQHAwc_AY5dsEUweBPInw2s8lwuYbwBHZtIfcBwnswB8eEqvEnWVkzuQ_aem_S_W1iLTwpzm8StaBUyOnkw

40. Clue Period & Ovulation Tracker with Ovulation Calendar for iOS, Android, and watchOS [Internet]. [cited 2025 Apr 1]. Available from: https://helloclue.com/

41. Zanzu.be - van Sensoa [Internet]. [cited 2025 Apr 1]. Available from: https://www.zanzu.be/nl

42. Almanasef M. Patient information leaflet in the era of digitalisation: a cross-sectional study on patients' attitudes and practices. Ir J Med Sci [Internet]. 2024 Apr 1 [cited 2025 Apr 8];193(2):777–82. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37676583/

Bijlagen

Bijlage 1: Zoekstrategie en gebruikte zoektermen voor de literatuurstudie

Pubmed

("Women"[Mesh] OR "Women"[tiab] OR "fertile women"[tiab]) AND ("Contraception"[Mesh] OR "Contraception"[tiab]) AND (“stop” [tiab] OR “Switch” [tiab] OR “discontinuation”[tiab])

> 1621 resultaten

Embase

Vrouwen

(female/exp OR 'females':ti,ab,kw OR 'woman':ti,ab,kw OR 'women':ti,ab,kw OR 'female':ti,ab,kw)

Anticonceptie

('contraception'/exp OR 'abstinence, periodical':ti,ab,kw OR 'anticonception':ti,ab,kw OR 'antifertility':ti,ab,kw OR 'conception control':ti,ab,kw OR 'contraceptive technique':ti,ab,kw OR 'female contraception':ti,ab,kw OR 'male contraception':ti,ab,kw OR 'periodic abstinence':ti,ab,kw OR 'periodic continence':ti,ab,kw OR 'periodical abstinence':ti,ab,kw OR 'rhythm method':ti,ab,kw OR 'contraception':ti,ab,kw OR 'birth control'/exp OR 'birth regulation':ti,ab,kw OR 'birth survey':ti,ab,kw OR 'fertility control':ti,ab,kw OR 'birth control':ti,ab,kw OR 'contraceptive agent'/exp OR 'anovulation induction':ti,ab,kw OR 'anovulatory agent':ti,ab,kw OR 'anticonceptional agent':ti,ab,kw OR 'anticonceptive':ti,ab,kw OR 'anticonceptive agent':ti,ab,kw OR 'anticonceptive drug':ti,ab,kw OR 'antifertility agent':ti,ab,kw OR 'antifertility drug':ti,ab,kw OR 'antiovulatory agent':ti,ab,kw OR 'contraception agent':ti,ab,kw OR 'contraceptive':ti,ab,kw OR 'contraceptive agents':ti,ab,kw OR 'contraceptive agents, female':ti,ab,kw OR 'contraceptive drug':ti,ab,kw OR 'contraceptive steroid':ti,ab,kw OR 'contraceptive treatment':ti,ab,kw OR 'contraceptives':ti,ab,kw OR 'ovulation inhibitor':ti,ab,kw OR 'contraceptive agent':ti,ab,kw OR ‘contracepti*’:ti,ab,kw)

Switch OR stop

('switch'/exp OR 'switch*':ti,ab,kw OR 'change'/exp OR 'change*':ti,ab,kw OR 'stop*':ti,ab,kw OR ‘discontinu*’:ti,ab,kw)

1 AND 2 AND 3

> 3685 resultaten

Cochrane

‘women’ AND ‘contraception’ AND ‘stop’ OR ‘switch’ OR ‘discontinuation’ in title, abstract, keyword

> 401 resultaten

Bijlage 2a: Goedgekeurd protocol

MASTERPAPER PROTOCOL: PROSPECTIVE STUDY USING A SEMI-STRUCTURED INTERVIEW

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Beweegredenen bij stop of switch van anticonceptiemethode: een kwalitatieve studie
Version 1: Date submission	Date: 12/09/2023Click here to enter a date.
Version 2: Date resubmission	Date: 06/10/2023 Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	Date: 18/10/2023Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promotor	**Name: Verbakel Jan**
	Telephone: 016 37 72 86
	E-mail: jan.verbakel@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. YES	
Co-Investigator – Co-Promoter	**Name: Van Baelen Sabine**
	Telephone: 016 32 54 54
	E-mail: sabine.vanbaelen@kuleuven.be
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Karel Blauwens**
	Student number: r0264579
	Telephone: 0488891930
	E-mail: karel.blauwens@student.kuleuven.be
	Name: Lucie Dubois
	Student number: r0665683
	Telephone: 0471729240

	E-mail: lucie.dubois@student.kuleuven.be
	Name: Lara Sablon
	Student number: r0666491
	Telephone: 0499753332
	E-mail: lara.sablon@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Als huisartsen (in opleiding) komen we vaak in contact met vrouwen die contraconceptie gebruiken. We merken dat er vaak vragen opkomen over het stoppen of veranderen van contraconceptie. We vroegen ons daarom af welke redenen en opvattingen vrouwen in onze specifieke patiëntenpopulatie hebben bij het stoppen of veranderen. We stelden ons verder ook de vraag welke bronnen ze gebruikten bij deze beslissingen. Gaan ze ten rade bij vrienden of familie? Gaan ze informatie zoeken op het internet, in flyers of nog in magazines? Zijn deze bronnen betrouwbaar? We vinden deze vragen belangrijk in onze opleiding om vrouwen te kunnen bijstaan in hun zoektocht naar de voor hen meest geschikte methode van anticonceptie. Onze onderzoeksvraag is dan ook welke beweegredenen vrouwen tussen 18 en 50 jaar aangeven bij het stoppen of switchen van anticonceptiemethode.

Belgische cijfers uit 2018 tonen dat 83,8% van de seksueel actieve vrouwen (of hun partners) tussen 15 en 49 jaar oud anticonceptie gebruikten. De pil was hierbij het populairste middel, met 48,1% gebruikers, dit werd gevolgd door het spiraaltje (25,8%), een sterilisatie (8,3%), barrièremethoden (condoom, diafragma, sponsje, zaaddodende middelen) (8,1%), een patch of vaginale ring (3,6%), een implantaat of prikpil (3,1%), andere methoden zoals periodieke onthouding en zich terugtrekken (1,7%), en de morning-after pil (1,2%). Jonge vrouwen (15-24 jaar) gebruiken het vaakst de pil als anticonceptiemethode (73,8% van de gebruikte anticonceptie). Dit percentage neemt echter af met de leeftijd, bij de 25-34-jarigen gebruikt nog 55,1% van de anticonceptiegebruikers de pil. Bij het spiraal zien we eerder een omgekeerde beweging, de stijging begint bij de 25-34-jarigen en neemt nadien ook nog verder toe (1). Europese cijfers uit 2012 en Amerikaans cijfers uit 2011 tonen gelijkaardige resultaten wat betreft het gebruik van anticonceptie (2,3). Nog andere Amerikaanse cijfers tonen dat een vijfde tot een derde van de anticonceptiegebruikers veranderen van methode binnen de eerste zes maanden na het opstarten (4). Europese cijfers zijn gelijkaardig hieraan: een vierde van de anticonceptiegebruikers veranderen van methode binnen de eerste twaalf maanden na het opstarten (2).

Een dergelijke stop of switch kan belangrijke gevolgen hebben, zoals een verhoogd risico op ongeplande zwangerschap. Dit komt omdat dit vaak gepaard gaat met een tijdelijke periode waarin er geen anticonceptie actief is (5). Uit onderzoek uit 2013 blijkt dat in Vlaanderen één op vier van de zwangerschappen ongepland was (6). Correct anticonceptiegebruik speelt dus een belangrijke rol om dit zo veel mogelijk te voorkomen (5). Daarnaast kan een juiste anticonceptiemethode ook een belangrijke impact hebben op het welbevinden van de vrouw. Wij vinden het als huisarts in opleiding dan ook belangrijk patiënten optimaal te kunnen ondersteunen in hun zoektocht naar de meest gepaste anticonceptiemethode.

Er zijn verschillende redenen beschreven in de literatuur waarom vrouwen stoppen of veranderen van anticonceptie. Frequent beschreven redenen zijn de nevenwerkingen. Mogelijke nevenwerkingen zijn: bloedingen, pijn, krampen, symptomen ter hoogte van de borsten, gewichtsveranderingen, invloed op het gemoed, invloed ter hoogte van huid of haar, libidoveranderingen, pijn bij coitus, vaginale klachten, neurologische klachten, gastro-intestinale klachten en cardiovasculaire klachten (2,4,7).

Vaak worden nevenwerkingen als de enige redenen gezien, maar in Inoue et al. wordt het belang van andere redenen aangehaald (8,9). Deze andere redenen waren in veel artikels heel breed en vaag gelaten en weinig beschreven. Wigginton et al. probeerde deze andere, vagere redenen beter te beschrijven en verdeelde de redenen tot stop of switch in vier grote thema's: contraceptief (abortus, zwangerschap gewenst, ...), medisch (PCOS, thromboserisico,...), non-contraceptief (bijwerkingen: gewichtstoename, stemmingsveranderingen, acne, bloedingen, ...) en gerelateerd aan seksuele betrekkingen of relaties (begin of einde van relatie) (9,10). De studie van Simmons et al. rapporteerde nog enkele andere categorieën met redenen om te stoppen of te switchen, namelijk: methodegerelateerd (bijvoorbeeld moeite met dagelijks een pil in te nemen), wil om een andere methode uit te proberen en wensen van de partner. In deze laatste studie was de voornaamste reden om te stoppen of switchen de ervaren nevenwerkingen (4). De studie van Steinberg et al. vond dat het zelfvertrouwen van de vrouw in het correcte gebruik en de tevredenheid over de methode ook een belangrijke rol speelden in de intentie om van methode te veranderen (5).

Twee anticonceptiemethodes werden in studies uitvoeriger besproken: namelijk de LARC's; het hormoonspiraal en het implantaat. De voornaamste reden voor het verwijderen van een hormoonspiraal, in het eerste jaar na plaatsing, is een verkeerde positionering van het hormoonspiraal, zo blijkt uit een Europese studie (11). Een Amerikaanse studie die keek naar het gebruik van long acting reversible contraceptives (LARC's), zoals bijvoorbeeld de Mirena hormoonspiraal, onderzocht de intenties om deze laten verwijderen in de laatste tien jaar. 63,9% van de groep die ze volgden hadden de intentie om hun LARC niet verder te zetten. Ook hier waren de frequentst genoemde redenen nevenwerkingen (29,6%), vervaldatum spiraal (26,8%), complicaties (19,3%) en zwangerschapswens (15,9%). Deze redenen waren volgens de studie ook leeftijdsafhankelijk. Waarbij vrouwen tussen 15 en 36 jaar oud eerder stopten vanwege nevenwerkingen, en vrouwen tussen 36 en 50 jaar eerder vanwege het vervallen van de LARC. Verder rapporteerden ze ook een verschil in redenen afhankelijk van etniciteit (12). Als nevenwerkingen bij het hormoonspiraal Mirena en het implantaat werd in Chikoburo et al. en in Griffith et al. vooral vaginale bloedingen vermeld (13,14). De tweede anticonceptiemethode die in verschillende studies besproken werd, is het implantaat. Bij het implantaat werd in een kwalitatieve studie van Inoue et al. gevonden dat de opstapeling van verschillende bijwerkingen en ongewenste effecten zorgde voor een stop bij de tien deelnemers. In veel studies werden deze ongewenste effecten beschreven met vooral onregelmatige bloeding, (onregelmatig) bloedingspatroon (13–16) en stemmingsveranderingen (10,17). Andere vermeldingen over nevenwerkingen in deze studie gingen over hoofdpijn, pijn, misselijkheid, opgeblazen gevoel en vermoeidheid (17). Opmerkelijk was in de studie van Griffith et al. dat 85% van de vrouwen die gestopt waren met een LARC, liefst overgingen naar non-LARC-methoden nadien (14). De reden hiervoor was niet meteen onderzocht.

Als informatiebronnen werd er in één studie familie en vrienden vermeld (18). In een andere studie uitgevoerd bij jonge vrouwen (17-27 jaar) zagen de onderzoekers dat enerzijds vrienden en anderzijds het online zoeken naar informatie als bronnen werden gebruikt. Daarnaast zag men in deze studie een

grote tevredenheid van de proefpersonen (100%) als zij anticonceptieadvies kregen van hun arts (gynaecoloog in deze studie) (19). In alle andere studies werd dit niet besproken. Dit onderlijnt nog eens het nut om duidelijke informatie te geven aan de patiënt, maar ook het nut van correcte informatiebronnen mee te geven en bijvoorbeeld op school en universiteit te doceren. In Alspaugh et al. wordt gesteld dat vrouwen op middelbare leeftijd veel beïnvloed waren door de aanpak van hun moeder rond het gesprek van anticonceptie met hen (20). In de literatuurstudie van Cabral et al. komt naar voor dat studenten hoger onderwijs, meest vatbaar voor ongeplande zwangerschap, vaak over onjuiste informatie beschikken (18).

De studie van Wellings et al. haalt aan dat vrouwen meestal volledig zelf beslissen of ze stoppen of niet, zonder beïnvloed te worden. Als ze wel beïnvloed werden, was dit meestal door de partner of door een gezondheidsmedewerker (21). In Alspaugh et al., werd aangehaald dat als een gezondheidsmedewerker dit voorstelde, dit zeker werd geapprecieerd als het om duidelijke redenen werd voorgesteld, niet als het uit het niets werd voorgesteld (20). Men ziet ook een verschil in hoe 20-jarige vrouwen ten opzichte van vrouwen in de middelbare leeftijd durven spreken over anticonceptie en hun twijfels tegenover hormonen in ditzelfde artikel (20).

Mogelijke informatiebronnen die wij als huisarts (zullen) gebruiken, zijn de richtlijnen van het BCFI (22), de 'NICE guidelines' (23), de website van Sensoa (24), de website van het Verenigd Koninkrijk (25) en de website van Nederland (26).

Bovenstaand literatuuronderzoek geeft ons al veel informatie over de redenen waarom vrouwen stoppen of switchen met anticonceptie. Echter gaan deze studies niet over vrouwen hier in België.

Het doel van onze studies is dan ook na te gaan of deze beweegredenen en overtuigingen ook van toepassing zijn bij ons, en dan meer bepaald bij de vrouwen die we te zien krijgen in onze huisartsenpraktijk, en of er nog andere redenen worden aangehaald.

3. Study objectives

Primaire doelstelling: Onderzoeken wat de ideeën en overtuigingen van vrouwen tussen 18 en 50 jaar zijn bij het stoppen of switchen van anticonceptiemethode, alsook barrières en facilitatoren bij switch of stop.

Secundaire doelstelling: Onderzoeken welke informatiebronnen of aanspreekplaatsen deze vrouwen hierbij gebruiken en welke informatiebronnen of aanspreekplaatsen hen in de toekomst beter zouden helpen en hun anticonceptiekeuzes vergemakkelijken.

4. Research Method

We plannen dit te onderzoeken door middel van individuele, semigestructureerde interviews bij vrouwen tussen 18 en 50 jaar in de huisartsenpraktijk. We zullen de gesprekken face-to-face houden in de huisartsenpraktijk van de patiënt, op een moment samen overeen te komen met de deelnemer. We zullen de inhoud en de opzet van de interviews aftoetsen met de promotor van dit onderzoek. De interviews zullen 1-op-1 gebeuren. De besproken thema's zijn te vinden in de 'Interviewgids' in bijlage. Zoals bij elke kwalitatieve studie wordt na elk interview nagedacht over manieren om het volgende

interview te verbeteren, inclusief methoden om betere antwoorden te verkrijgen op de onderzoeksvragen. De deelnemers kunnen tot een week na het interview nog commentaar opsturen via mail.

Tijdens de interviews worden geen nieuwe behandelingen voorgesteld, maar het gesprek kan eventueel wel vragen oproepen bij de deelnemers en een proces van anticonceptieverandering alsnog in gang zetten.

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

In deze studie trachten we vrouwen tussen 18 en 50 jaar die een anticonceptiemethode gebruiken of gebruikt hebben te includeren omwille van het hoogste anticonceptief gebruik in deze leeftijdsrange, alsook een brede waaier aan mogelijke stop-, switch- en herstartredenen. Alle anticonceptiemethoden worden geïncludeerd. De deelnemers worden verwacht de Nederlandse taal voldoende te beheersen voor een betere transcriptie en interpretatie van de gegevens. Ze moeten al minstens 3 maand op hun vorige anticonceptiemethode hebben gestaan en in de laatste 18 maanden gestopt of veranderd zijn van methode, dit om recall bias te voorkomen. Exclusiecriteria zijn het mannelijke geslacht, vrouwen jonger dan 18 jaar en ouder dan 51 jaar en vrouwen in de menopauze of geswitcht wegens een strikte contra-indicatie.

5.2 Sample size and population

We zullen streven naar ongeveer 14 tot 20 interviews, maar rekrutering loopt tot datasaturatie, waarbij er geen nieuwe gegevens aan het licht komen bij de laatste 2 interviews. We trachten vrouwen uit verschillende regio's in België en uit verschillende socio-economische achtergronden te includeren om zo de diverse huisartsenpraktijk te vertegenwoordigen uit België.

5.3 Recruitment

De huisartsen in opleiding (haio's) zullen de deelnemers persoonlijk uitnodigen tijdens een consultatie waarin dit onderwerp ter sprake is gekomen ofwel door middel van een folder (zie bijlage 3) die zal kunnen uitgedeeld worden in de praktijken van de haio's. Op deze folder zal een QR-code te vinden zijn met een link naar een online formulier (zie bijlage 3; https://forms.office.com/e/DiAxDEEJXcQualtrics: https://kuleuven.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_eRjZtk7gWeI8bEW) waar kandidaten hun gegevens achter kunnen laten zodat de onderzoekers hen kunnen contacteren voor eventuele informatie en deelname. Ze kunnen hun informatie ook achterlaten aan het secretariaat van de huisartspraktijken en zo achteraf gecontacteerd worden. Wanneer de persoon toezegt zal een moment gepland worden waarop het interview zal plaatsvinden. De geïnformeerde toestemming (ICF, zie bijlage) wordt op voorhand via mail aan de deelnemer bezorgd. In deze ICF wordt duidelijkheid gegeven over de doelstelling, methode en implicaties van het onderzoek; de mogelijke voordelen, risico's, en nadelen verbonden aan de deelname; de mogelijke externe financiering van het onderzoek, de verwerking van de persoonsgegevens, alsook de bewaartermijn en opslag van deze gegevens. Ook wordt in het ICF expliciet vermeld dat er audio-opnames zullen worden gemaakt tijdens het interview. Bij de start van

het interview zal de onderzoeker de ICF nogmaals samen met de deelnemer overlopen. Enkel wanneer de deelnemer instemt met het interview en het ICF ondertekend terugbezorgt aan de onderzoeker, zal het interview van start gaan. De ICF wordt ingevuld net voor het interview van start gaat. Zowel in de ICF als bij de start van het interview 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 het interview op elk moment op vraag van de deelnemer worden beëindigd. De data - inclusief eventuele audio- en/of videofragmenten - van niet afgeronde interviews zullen niet worden opgenomen in de data-analyse en zullen worden vernietigd.

Deelnemende praktijken van de onderzoekers (huisartsen in opleiding)

HAIO	Praktijk 1	Praktijk 2
Karel Blauwens	Casa Medica (Mollenberg 1, 3090 Overijse)	Huisartsen Rooi (Leuvensebaan 253, 3040 Huldenberg)
Lucie Dubois	Dr Goeminne en Dr Pollentier (Boeyendaalstraat 12, 3078 Everberg)	Huisartsenpraktijk Bertem (Tervuursesteenweg 75, 3060 Bertem)
Lara Sablon	Medisch huis Opwijk (Heiveld 43, 1745 Opwijk)	Dr Tom Poelman (Miereghemstraat 60 1785 Merchtem)

5.4 Expected duration

De studie zal starten na goedkeuring van de ethische commissie, op 1 september 2023 en lopen tot 31 januari 2025. Het onderzoek inclusief studierapport zal afgerond zijn in mei 2025.

Nadat de deelnemer heeft toegezegd, wordt hij gecontacteerd om een moment van interview vast te leggen. Een interview zal ongeveer een uur tijd in beslag nemen. Voor het interview zal de deelnemer even tijd nemen om de ICF te lezen. Tot een week na het interview kan de deelnemer eventueel nog commentaar doorsturen via email. In toto, zal een deelname aan de studie 1.5 uur in beslag nemen.

6. ANALYSIS

Na transcriptie van de interviews zullen we de verworven data analyseren en coderen. Dit zal telkens door twee onderzoekers gebeuren. Zij zullen hun nota's vergelijken om een consensus te bekomen over de codes. De uiteindelijke codes zullen in categoriën worden opgedeeld om zo tot een analytisch framework te komen. Dit framework zal toegepast en aangepast worden aan de volgende transcripties. We zullen deze kwalitatieve data-analyse uitvoeren volgende de laatste versie van de QSR NVivo software (27). Volgens constructivistische theorieën, zullen nota's genomen worden voor het coderen. Coderen van de interviews wordt onafhankelijk gedaan door twee onderzoekers. Bij discrepantie tussen de uitkomsten van de twee onderzoekers zal discussie of een derde onderzoeker de oplossing bieden als er geen consensus kan bereikt worden (28). Een codeerboek zal worden ontwikkeld. Het codeerproces zal in drie fasen gebeuren volgens de principes van de 'grounded theory' via open, axiale en selectieve codering. Tijdens de initiële, open codering zullen we focussen op kleinere eenheden van analyse; coderen van lijn-tot-lijn met inclusie van pauzes, spreektoon en non-

verbale taal. Er zal al een beperkte conceptualisering en categorisering gebeuren per lijn. Bij axiale codering zullen we de relaties tussen categorieën en subcategorieën van codes onderzoeken. Verschillende codes worden samen gegroepeerd. Tijdens selectieve codering zullen we kijken naar frequent voordien genoemde codes om de data te kunnen doorlopen, en zullen we de initiële coderingen onderscheiden naar meest analytische kracht (29,30). Bevindingen zullen gerapporteerd worden in overeenkomst met de QUAGOL-criteria (Qualitative Analysis Guide of Leuven) (31).

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

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 interview informatie (namelijk de beweegredenen voor switch of stop van anticonceptiemethode) worden verzameld. Alles wat de participanten tijdens het interview vertellen, zal via geluidsopnames worden opgenomen. Er zullen geen beelden worden gemaakt. De opgenomen interviews zullen enkel worden beluisterd en uitgetypt door de onderzoeker(s). De interviewopnames, de dagboekgegevens, de persoonlijke notities van de interviewer zullen meteen na transcriptie worden vernietigd.

Transcripties van de interviews zullen geen namen bevatten en evenmin andere gegevens die identificatie mogelijk maken. In de eigenlijke masterproef zullen enkele fragmenten van de interviews worden geciteerd op een anonieme wijze en op zo'n manier dat het op basis van een citaat niet mogelijk is om de uitspraak terug te leiden naar een bepaalde participant. De transcripties zullen bewaard worden in een beveiligd computerdocument dat enkel in het bezit is van de promotor, copromotor en de betrokken studenten. Voor de verzameling en opslag van onze data maken we gebruik van OneDrive for Business, aangeboden door KU 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 (32). 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 met de transcripties 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

Bij elke aanvraag wordt standaard een vertrouwelijkheidsclausule opgenomen waaraan studenten en begeleiders zich moeten houden. In het kader van hun masterproef krijgen studenten toegang tot allerhande gegevens, informatie, resultaten en documenten.

Om de vertrouwelijkheid van deze informatie en de privacy van betrokkenen te waarborgen, dienen de studenten binnen het kader van hun masterproef altijd met de grootste zorg en discretie om te

gaan met Informatie. De studenten dienen te allen tijde volledige geheimhouding in acht te nemen wat betreft de Informatie waarvan zij bij de uitvoering van hun masterproef kennis hebben genomen.

Bij het uitvoeren van dit onderzoek verbinden de studenten zich dan ook tot volgende geheimhoudingsplicht:

Zij aanvaarden, gedurende en na de beëindiging van de masterproef, de discretieplicht zoals hen bezorgd door hun promotor strikt in acht te nemen met betrekking tot de Informatie die zij verzameld hebben en de activiteiten waaraan zij hebben deelgenomen, en met betrekking tot de patiënten, gezonde vrijwilligers en de personeelsleden met wie zij in contact komen.

Zij zullen enkel gegevens verwerken en verzamelen die relevant en noodzakelijk zijn voor hun masterproef.

Zij zullen geen gegevens delen met personen die niet rechtstreeks betrokken zijn bij hun onderzoek; enkel de student, eventuele groepsleden en hun promotor hebben toegang tot de gegevens.

Zij zullen alle nodige maatregelen nemen om de vertrouwelijkheid van informatie en de privacy van betrokkenen te beschermen.

Zij zullen zorgvuldig en verantwoord en met de nodige voorzichtigheid omgaan met de informatie en met de verleende toegang tot informatiesystemen en digitale gegevensdragers.

Zij gaan met hun docent of promotor in gesprek over de vertrouwelijkheid, de opslag en het delen van bestanden.

Zij gaan met hun docent of promotor in gesprek over de vertrouwelijkheid, de opslag en het delen van bestanden. Zij hanteren anonimisering of pseudonimisering om zo vroeg mogelijk in het traject de risico’s en gevolgen van datalekken en dataverlies te beperken.

Indien er gebruik gemaakt wordt van pseudonimisering zullen zij de pseudonimisatiesleutel of de coderingstabel die de pseudoniemen en de identificeerbare informatievelden bevat, met dezelfde vertrouwelijkheid als de oorspronkelijke data behandelen. De sleutel of coderingstabel bewaren zij nooit op hetzelfde apparaat (laptop of desktop) als het werkbestand of de database die de gepseudonimiseerde gegevens bevat.

Zij zullen waar mogelijk een project- of teamgebonden opslaglocatie gebruiken voor het opslaan en uitwisselen van gegevens en probeert hier in eerste instantie via hun 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, zullen 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.

Zij zullen vertrouwelijke informatie en bestanden steeds versleutelen met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt.

Zij zullen 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.

Zij zullen bij (vermoeden van) een datalek zo snel mogelijk contact opnemen met hun promotor.

Aangezien dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van een masterproef, is rechtsbasis voor de verwerking van persoonsgegevens het algemeen belang. Het onderzoek bevordert de ontwikkeling van kennis en het bekomen van nieuwe inzichten die (direct of indirect) ten goede komen aan de samenleving.

Alle onderzoekers zullen de informatie vertrouwelijk behandelen en niet delen met derden of gebruiken voor een andere doelstelling dan dit onderzoek. De verzameling, verwerking en uitwisseling van persoonlijke data, zoals contactgegevens, gezondheidsinformatie en medische informatie, is onderhevig aan de AVG.

Bij goedkeuring door de Ethische Commissie wordt bevestigd dat de door de student beschreven verwerkingen van persoonsgegevens verenigbaar is met de vereisten van de AVG. Vanuit het oogpunt van de AVG bestaat er dan geen bezwaar om de verwerkingen te starten. Bij goedkeuring wordt deze aanvraag, overeenkomstig de AVG, opgenomen in het KU Leuven register voor verwerking van persoonsgegevens in het kader van onderzoek en maatschappelijke dienstverlening. **Er dient voor dit type studies die via OBC worden ingediend geen aparte privacy-aanvraag te worden ingediend.**

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

Deze studie geeft weinig tot geen fysiek risico voor de deelnemers. Elke deelnemer wordt apart geïnterviewd, dus anonimiteit wordt gegarandeerd onder hen.

Tijdens de interviews wordt geen behandelingsplan voorgesteld, maar het gesprek kan de deelnemer eventueel doen denken over een herswitchen of herstarten van anticonceptie. Indien dit het geval is, wordt de deelnemer doorverwezen naar de behandelende arts.

We geven de deelnemers informatie mee over waar ze betrouwbare informatie rond anticonceptie kunnen terugvinden. Namelijk deze bronnen die wij als huisarts ook gebruiken, zijnde de richtlijnen van het BCFI (22), de ‘NICE guidelines’ (23), de website van Sensoa (24), de website van het Verenigd Koninkrijk (25) en de website van Nederland (26).

9. APPROVAL

Hierbij bevestigen we dat de gegevensverzameling wordt goedgekeurd door Professor Jan Verbakel.

Contactgegevens Jan Verbakel:

Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde

Kapucijnenvoer 7 blok h – bus 7001

3000 Leuven

Mail: jan.verbakel@kuleuven.be

Tel.: +32 16 37 72 86

We hebben ook de goedkeuring gekregen van de deelnemende huisartsenpraktijken om deze studie uit te voeren, deze staan vermeld onder punt 5.3.

10. PUBLICATION POLICY

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

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

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

12. REFERENCES

1. Charafeddine R., Braekman E., Gisle L., Drieskens S. Gezondheidsenquête 2018: Seksuele gezondheid. [Internet]. Brussel; 2018 [geciteerd 2 mei 2023]. Beschikbaar op: www.gezondheidsenquête.be

2. Johnson S, Tiplady S, Humberstone F. Survey of usage and awareness of contraception across four European countries. Eur J Contracept Reprod Health Care [Internet]. 2012;17:S124. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L70748059&from=export

3. JL E, LR BH, ME T, J WF. Satisfaction and discontinuation of contraception by contraceptive method among university women. Matern Child Health J [Internet]. april 2011;15(4):497–506. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20428934/

4. Simmons RG, Sanders JN, Geist C, Gawron L, Myers K, Turok DK. Predictors of contraceptive switching and discontinuation within the first 6 months of use among Highly Effective Reversible Contraceptive Initiative Salt Lake study participants. Am J Obstet Gynecol. 1 april 2019;220(4):376.e1-376.e12.

5. Steinberg JR, Marthey D, Xie L, Boudreaux M. Contraceptive method type and satisfaction, confidence in use, and switching intentions. Contraception [Internet]. 2021;104(2):176–82. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2011796504&from=export

6. Buysse Ann. Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen [Internet]. Gent; 2013 [geciteerd 2 mei 2023]. Beschikbaar op: https://www.ugent.be/pp/ekgp/nl/onderzoek/onderzoeksgroepen/relatie-en-gezinsstudies/sexpert/reproductievegezondheid.pdf

7. Svahn S, Niemeyer Hultstrand J, Tydén T, Ekstrand Ragnar M. Contraception use and attitudes: women's concerns regarding hormonal contraception and copper intrauterine devices. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2 november 2021;26(6):473–8.

8. Inoue K, Barratt A, Richters J. Does research into contraceptive method discontinuation address women's own reasons? A critical review. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care. 1 oktober 2015;41(4):292–9.

9. Wigginton B, Harris ML, Loxton D, Lucke JC. A qualitative analysis of women's explanations for changing contraception: the importance of non-contraceptive effects. J Fam Plann Reprod Health Care [Internet]. oktober 2016 [geciteerd 30 april 2023];42(4):256–62. Beschikbaar op: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26811435/

10. Hirth J, Dinehart E, Lin YL, Kuo YF, Patel P. Women's satisfaction and primary reason for choosing their current contraception method by contraception type. J Women's Health [Internet]. 2018;27(4):3. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L622343093&from=export

11. Bachofner** M, Blickenstorfer** K, Hutmacher J, Wehrle L, Leeners B, Merki-Feld G. Intrauterine device continuation rates and reasons for discontinuation in a Central European clinic with a high standard of care and ultrasound follow-up: a retrospective cohort study. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2 november 2018;23(6):407–14.

12. Poleon S, Thompson EL. Reasons for Intent to Discontinue and Remove Long-Acting Reversible Contraceptives: National Survey of Family Growth 2017-2019. J Women's Health [Internet]. 2022;31(5):733–40. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L638088517&from=export

13. Chikoburo I, Dear W, Ohizua O, Acharya S, Arumainayagam J. P037 Why do women discontinue long acting reversible methods of contraception? – findings from an integrated sexual health clinic. Sex Transm Infect [Internet]. 1 juni 2017 [geciteerd 30 april 2023];93(Suppl 1):A29–30. Beschikbaar op: https://sti-bmj-com.kuleuven.e-bronnen.be/content/93/Suppl_1/A29.3

14. Griffiths V, Ramogi M, Munasinghe S, Marfleet C. Reasons for patient discontinuation of long acting reversible contraceptive devices (LARCs) and ways of improving adherence. Literature review and audit. European Journal of Contraception and Reproductive Health Care [Internet]. 2018;23:76. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L621903580&from=export

15. Saloranta TH, Gyllenberg FK, But A, Gissler M, Laine MK, Heikinheimo O. Free-of-charge long-acting reversible contraception: two-year discontinuation, its risk factors, and reasons. Am J Obstet Gynecol. december 2020;223(6):886.e1-886.e17.

16. Kumar V, Deshpande N, Jaffer K. Contraceptive switching following early discontinuation of contraceptive implant. Eur J Contracept Reprod Health Care [Internet]. 2013;18:S148. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L71072137&from=export

17. Inoue K, Kelly M, Barrett A, Bateson D, Black KI, Stewart M, e.a. Australian women's experiences of the subdermal contraceptive implant: A qualitative perspective. Aust Fam Physician [Internet]. 2016;45(10):734–9. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L616343029&from=export

18. Cabral M, Armstrong E, Blum M, Schroeder R, Lesyna K, Harper C. 'it's safe, right?' What community college students know, do not know and think they know about birth control. Contraception [Internet]. 2016;94(4):414. Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L614781975&from=export

19. Stepanić V, Podgajski M, Valetić J, Zovko G, Kukura V. Young women and oral contraception – knowledge, expectations, satisfaction. Eur J Contracept Reprod Health Care 2013 ; 18(1):152 [Internet]. 2013 [geciteerd 12 juli 2023];11:152. Beschikbaar op: https://www.bib.irb.hr/1016032

20. Alspaugh A, Reibel MD, Im EO, Barroso J. "Since I'm a little bit more mature": contraception and the arc of time for women in midlife. Women Midlife Health [Internet]. 2021;7(1). Beschikbaar op: https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2011127452&from=export

21. Wellings K, Brima N, Sadler K, Copas AJ, McDaid L, Mercer CH, e.a. Stopping and switching contraceptive methods: findings from Contessa, a prospective longitudinal study of women of reproductive age in England. Contraception. januari 2015;91(1):57–66.

22. BCFI | Anticonceptie [Internet]. [geciteerd 5 mei 2023]. Beschikbaar op: https://www.bcfi.be/nl/chapters/7?matches=anticonceptiemethoden%7Canticonceptiemethode%7Canticonceptie%7Cnoodanticonceptie&frag=5306

23. Overview | Contraception | Quality standards | NICE [Internet]. [geciteerd 1 mei 2023]. Beschikbaar op: https://www.nice.org.uk/guidance/qs129

24. Anticonceptie | allesoverseks.be - van Sensoa [Internet]. [geciteerd 1 mei 2023]. Beschikbaar op: https://www.allesoverseks.be/anticonceptie

25. Contraception Community - Prescriptions, Doctors and Reviews [Internet]. [geciteerd 1 mei 2023]. Beschikbaar op: https://thelowdown.com/

26. Anticonceptie vragen? Lees er alles over op Anticonceptie.nl [Internet]. [geciteerd 1 mei 2023]. Beschikbaar op: https://www.anticonceptie.nl/

27. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Med Res Methodol. 18 december 2013;13(1):117.

28. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The Use of Triangulation in Qualitative Research. Oncol Nurs Forum. 1 september 2014;41(5):545–7.

29. Burnard P. Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis Kathy Charmaz Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis Sage 224 £19.99 0761973532 0761973532. Nurse Res. juli 2006;13(4):84–84.

30. Starks H, Trinidad SB. Choose your method: A comparison of phenomenology, discourse analysis, and grounded theory. Qual Health Res [Internet]. december 2007 [geciteerd 1 augustus 2023];17(10):1372–80. Beschikbaar op: http://qhr.sagepub.comhttp://online.sagepub.com

31. Dierckx de Casterle B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. QUAGOL: A guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. maart 2012;49(3):360–71.

32. Belnet FileSender [Internet]. [geciteerd 27 juli 2023]. Beschikbaar op: https://filesender.belnet.be/

13. ANNEXES

13.1 Informed Consent Form (ICF)

13.2 Interviewleidraad

13.3 Folder en online formulier

Bijlage 2b: Herindiening protocol met opmerkingen van aanpassingen

HERINDIENING 2 : GEMAAKTE AANPASSINGEN NA FEEDBACK - 18/10/2023

(1) Informatiebrief aangepast in Qualtrics:
“Masterproef MP026601: 'Beweegredenen bij stop of switch van anticonceptiemethode: een kwalitatieve studie.'

In deze masterproef willen wij, als huisartsen in opleiding, aan de hand van semigestructureerde interviews (1-op-1) met vrouwen tussen 18 en 50 jaar nagaan wat de beweegredenen zijn om te stoppen of te switchen van anticonceptiemethode. Daarnaast wordt ook onderzocht welke informatiebronnen of aanspreekpunten Belgische vrouwen hiervoor raadplegen. In de beschikbare literatuur werd het standpunt van Belgische vrouwen nog niet onderzocht.
Het doel van deze studie is om tussen de 14 à 20 deelneemsters te interviewen.

Door het invullen van uw gegevens toont u interesse in ons onderzoek. Op deze manier kunnen wij u contacteren voor eventuele deelname aan de studie. Deze vragenlijst invullen leidt evenwel niet automatisch tot een deelname aan de studie. Deelname aan de studie blijft vrijblijvend en u kan op elk moment ook uw deelname stopzetten. De gegevens die u invult dienen louter om u te kunnen contacteren.

De studie zelf verloopt volledig anoniem. Dit wil zeggen dat er geen persoonsgegevens gebruikt worden in de studieresultaten. Dataverzameling tijdens de studie zal gebeuren aan de hand van geluidsopnames (met audiotranscriptie) van de interviews. Alle verzamelde data zullen tijdens het onderzoek vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. Uw persoonsgegevens,

de audiotranscripties en de verzamelde data worden bewaard op beveiligde servers van de KULeuven tijdens de onderzoeksperiode en worden nadien vernietigd. Voor het interview effectief van start gaat, overlopen we met u het informed consent formulier.

Dr Karel Blauwens, Dr Lucie Dubois en Dr Lara Sablon, huisartsen in opleiding, onder begeleiding van promotor professor Jan Verbakel en co-promotor dokter Sabine Van Baelen.

Deze studie (MP026601) werd goedgekeurd door de ethische commissie Onderzoek UZ/KU Leuven."

HERINDIENING 1: GEMAAKTE AANPASSINGEN NA FEEDBACK - 06/10/2023

(1) In onderdeel 5.3 is nog beschreven dat de deelnemers geworven worden met behulp van een Microsoft Forms formulier, gelieve hier over te stappen op een formulier van Qualtrics, Microsoft Forms is volgens de noden aan privacy waarborging niet voldoende veilig en de voortijdige vragenlijst bestaat uit vele mogelijk gevoelige vragen.

- We maakten een Qualtricsformulier aan, wordt ook aangepast in de tekst eens we de definitieve link hebben.

(2) Dit formulier zou ook best starten met een korte informatiebrief gezien het invullen van het formulier en zo het afgeven van data niet automatisch lijdt tot deelname aan de interviews en het tekenen van het ICF.

- De korte informatiebrief werd toegevoegd aan het Qualtricsformulier:
- In deze masterproef willen wij, als huisartsen in opleiding, aan de hand van semigestructureerde interviews (1-op-1) met vrouwen tussen 18 en 50 jaar nagaan wat de beweegredenen zijn om te stoppen of te switchen van anticonceptiemethode. Daarnaast wordt ook onderzocht welke informatiebronnen of aanspreekpunten Belgische vrouwen hiervoor raadplegen. In de beschikbare literatuur werd het standpunt van Belgische vrouwen nog niet onderzocht.

  Via deze vragenlijst toont u uw interesse in ons onderzoek, zo kunnen wij u contacteren voor eventuele deelname in de toekomst. Deze vragenlijst invullen leidt niet meteen tot een deelname. Deelname blijft vrijblijvend en u kan op elk moment ook uw deelname stopzetten. Indien u niet deelneemt aan de studie, worden uw gegevens verwijderd. Deze informatie is louter om u te kunnen contacteren, de studie zelf verloopt volledig anoniem. Voor het interview effectief van start gaat, overlopen we met u het informed consent formulier.

  Dr Karel Blauwens, Dr Lucie Dubois en Dr Lara Sablon, huisartsen in opleiding onder begeleiding van promotor professor Jan Verbakel en co-promotor dokter Sabine Van Baelen.

(3) Gelieve in onderdeel 7 nog aan te vullen welke opslagmethode er gebruikt zal worden. Deze standaardtekst lijkt te zijn weggevallen uit het template.

- Er wordt OneDrive for Business gebruikt, werd aangepast in tekst.

(4) Is er naast toestemming van de promotor ook toestemming van de huisartsenpraktijken voor het uitvoeren van de studie?

- Toestemming werd gevraagd in de zes huisartsenpraktijken, wordt toegevoegd aan tekst.

(5) In het ICF staat nog een tekst: 'Bij studies die NIET plaatsvinden in UZ Leuven: ' dit mag verwijderd worden.

- Deze zin werd verwijderd.

(6) In de interviewleidraad staat de vraag: 'Hoe lang nam je deze al?' echter enkel de anticonceptiepil wordt genomen, andere anticonceptiemethoden worden gebruikt, daarom zou ik voorstellen om de vraag aan te passen naar 'Hoe lang gebruik je deze methode al?'.

- Deze vraag werd aangepast naar die zinvorming in het document.

Bijlage 3: Gunstig advies ethische commissie

KU LEUVEN

UZ LEUVEN

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

English version below.

Ons kenmerk: MP026601
Uw kenmerk: Masterproef studie: Beweegredenen bij stop of switch van anticonceptie
Leuven, 19-10-2023

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Prof Dr Jan Verbakel
Geachte Lucie Dubois, Lara Sablon, Karel Blauwens

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 19-10-2023

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.

In deze masterproef willen de onderzoekers aan de hand van semigestructureerde interviews (1-op-1) met vrouwen tussen 18 en 50 jaar nagaan wat de beweegredenen zijn om te stoppen of te switchen van anticonceptiemethode. Daarnaast wordt ook onderzocht welke informatiebronnen of aanspreekpunten de vrouwen hiervoor raadplegen. De beschikbare literatuur over dit onderwerp handelt niet over Belgische vrouwen. Er wordt gestreefd naar 14-20 interviews, rekrutering stopt bij datasaturatie (geen nieuwe gegevens bij laatste 2 interviews). De inclusiecriteria en manier van rekrutering zijn duidelijk. De onderzoekers hebben de opzet van de vragenlijst verplaatst naar Qualtrics. Gemaakte opmerkingen zijn juist verwerkt. Er zijn geen bezwaren tegen 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 18-10-2023 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.

Bijlage 4: Poster rekrutering

GEZOCHT!

KU LEUVEN

Deelnemers voor een studie naar de beweegredenen voor het switchen of stoppen van anticonceptiemethode

Masterpaper van huisartsen in opleiding aan de KULeuven **Karel Blauwens, Lucie Dubois** en **Lara Sablon** onder leiding van promotor dokter Jan Verbakel en copromotor dokter Sabine Van Baelen.

Voor wie?

Vrouwen van 18-50 jaar, nog niet in de menopauze, die in de laatste 18 maanden gestopt zijn met anticonceptie of geswitcht zijn van anticonceptiemethode en die ten minste 3 maanden van deze nieuwe methode gebruik maakten.

Wat?

1 op 1 interviews van ± 1 uur.

Waarom?

Met de verworven kennis hopen we patiënten in de toekomst nog beter te kunnen ondersteunen in hun zoektocht naar de gepaste anticonceptiemethode.

Contact opnemen?

Schrijf je in via de QR code, of laat je contactgegevens achter aan het secretariaat. Wij contacteren je nadien met meer informatie.



Bijlage 5: Interviewleidraad

Vooraf zullen we de demografische gegevens van onze deelnemer verzamelen. Per deelnemer zal onderstaande tabel worden ingevuld.

Tabel 1. Demografische informatie van de deelnemers

Pseudoniem
Leeftijd
Etniciteit
Seksuele oriëntatie
Plattelands of stedelijk
Aantal kinderen
Relationele status
Educatie
Geloofsovertuiging: ja, welke? Speelt dit een rol bij je anticonceptiekeuze?
Seksuele activiteit: Ben je momenteel seksueel actief (laatste 18 maanden)?

De interviews zullen verschillende thema's aan bod laten komen. We zullen de verschillende vragen stellen in logische volgorde voor het gesprek, niet in deze exacte volgorde.

- 'Welke anticonceptiemethode(n) gebruikte je tot nu toe?'
    - Per anticonceptiemethode:
        - 'Hoe lang gebruik je deze anticonceptiemethode al? '
        - 'Hoe voelde je je bij deze anticonceptiemethode?'
        - 'Op welke manier heeft deze anticonceptiemethode voordelen volgens jou?'
        - 'Op welke manier heeft deze anticonceptiemethode nadelen volgens jou?'
        - 'Waarom was deze bijwerking een doorslaggevend punt om te stoppen of net niet te stoppen?'

- 'Waarom dacht je eraan te stoppen met of te veranderen van anticonceptiemethode?'
    - 'Zwangerschapswens? Bijwerkingen? Andere?'
    - 'Welke anticonceptie gebruik je nu?'
    - 'Hoe heeft u de switch of stop van anticonceptie ervaren (op fysiek, emotioneel, mentaal, sociaal, seksueel, ... vlak)?'

- 'Hoe ben je tot de uiteindelijke beslissing gekomen om de nieuwe methode te kiezen?'
    - 'Heb je dit zelf besloten of in samenspraak met iemand?'
    - 'Op welke manier hebben de bijwerkingen van de methode je beslissing beïnvloed?'
    - 'Op welke manier hebben mensen in je omgeving je beslissing beïnvloed?'
    - 'Op welke manier heeft deze anticonceptiemethode voordelen volgens jou?'
    - 'Op welke manier heeft deze anticonceptie nadelen volgens jou?'

- ‘Wat is uw mening over anticonceptie in het algemeen?’
    - ‘Wat zijn volgens u belangrijke aspecten waarmee rekening dient gehouden te worden bij de start van anticonceptie?
    - Waar zet jij je prioriteiten bij het kiezen van je anticonceptiemethode in het vervolg?
    - ‘Als je een andere vrouw zou moeten helpen bij haar keuze van anticonceptiemethode:
        - Wat zou je dan aangeven als prioriteiten?
        - Wat zou je geven als informatiebronnen?’

- ‘Van waar kwam je kennis over anticonceptie?’
    - ‘Van waar kwam je kennis over anticonceptie switchen of stoppen?’
    - ‘Als je spreekt over ‘internet’, op welke websites of sociale media ging je dan kijken?‘‘Hoe wist je hoe betrouwbaar de informatie op deze website was?'
    - ‘Welke informatiebron vond je het meest behulpzame voor je keuze en waarom?'‘

- Bij anticonceptie komen er tal van bijwerkingen of secundaire effecten bij kijken, wist je van elk van de bijwerkingen die bij jou voorkwamen al op voorhand dat ze konden ontstaan bij anticonceptiemethode?'

    - Vb: migraine/libidoverlies/borstspanning/depressie: Heb je info gekregen van gynaecoloog/huisarts/website? Had je dit toch graag wel of net niet geweten?
    - ‘Hoe heeft het tromboserisico van sommige anticonceptiemethodes je keuze beïnvloed bij de switch of stop?'
    - ‘Hoe heeft de reductie van kans op ovariumkanker bij sommige anticonceptiemethodes je keuze beïnvloed bij de switch of stop?'
    - ‘Hoe heeft de verhoging van kans op borstkanker bij sommige anticonceptiemethodes je keuze beïnvloed bij de switch of stop?'

Bijlage 6: Informed consent formulier

Titel van de studie: Beweegredenen bij stop of switch van anticonceptiemethode: een kwalitatieve studie

Onderzoeksinstelling: KU Leuven

Ethisch comité: goedgekeurd door EC Onderzoek UZ/KU Leuven - MP026601

Onderzoekers:

Functie	**Naam**	**Telefoon-nummer**	**E-mailadres**	**Personeels- of studenten-nummer**
Promotor	Jan Verbakel	016 37 72 86	jan.verbakel@kuleuven.be	u0042064

Co-promotor	Sabine Van Baelen	016 32 54 54	sabine.vanbaelen@kuleuven.be	
Huisarts in opleiding	Karel Blauwens	-	karel.blauwens@student.kuleuven.be	r0264579
Huisarts in opleiding	Lucie Dubois	-	lucie.dubois@student.kuleuven.be	r0665683
Huisarts in opleiding	Lara Sablon	-	lara.sablon@student.kuleuven.be	r0666491

Noodzakelijke informatie voor uw beslissing om deel te nemen

Inleiding

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een onderzoek naar de beweegredenen bij het switchen of stoppen van anticonceptiemethode, bij vrouwen tussen de 18 en 50 jaar oud. Een aanvullende vraag hierbij is op welke manier informatiebronnen en aanspreekpunten bijdragen tot de beslissing van switchen of stoppen bij deze vrouwen. De informatie wordt verzameld aan de hand van semigestructureerde interviews (1 op 1 interviews tussen deelnemer en onderzoeker). Om u te helpen beslissen of u al dan niet aan deze studie wenst deel te nemen, willen we u vragen even de tijd te nemen om onderstaande informatie voor deelnemers door te nemen, zodat u een welbewuste beslissing kunt nemen. Dit wordt een “geïnformeerde toestemming” genoemd.

Wij vragen u de volgende pagina’s met informatie aandachtig te lezen. Hebt u vragen, dan kan u terecht bij de onderzoeker.

Dit document bestaat uit essentiële informatie die u nodig heeft voor het nemen van uw beslissing, uw schriftelijke toestemming en eventuele bijlagen waarin u meer details terugvindt over bepaalde onderdelen van de basisinformatie.

Als u aan deze studie deelneemt, moet u weten dat:

- Deze studie opgesteld is na evaluatie door de Ethische Commissie (EC) Onderzoek UZ/KU Leuven.
- Uw deelname is vrijwillig; er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. Voor deelname is uw ondertekende toestemming nodig. Ook nadat u hebt getekend, kan u de onderzoeker laten weten dat u uw deelname wilt stopzetten zonder hiervoor een reden op te geven.
- De gegevens die in het kader van uw deelname worden verzameld, zijn vertrouwelijk. Bij de publicatie van de resultaten is uw anonimiteit verzekerd.
- Indien u extra informatie wenst, kan u altijd contact opnemen met de onderzoekers.

Doelstellingen en verloop van de studie

Als huisarts (in opleiding) komen we vaak in contact met vrouwen die anticonceptie gebruiken. We merken dat er regelmatig vragen komen over het stoppen of veranderen van anticonceptie. We vragen ons daarom af welke beweegredenen en opvattingen vrouwen, in onze specifieke patiëntenpopulatie, hebben bij het stoppen of veranderen van anticonceptie. We stellen ons verder ook de vraag welke informatiebronnen of aanspreekpunten ze raadplegen bij deze beslissing en wat hen daarbij overtuigde. We vinden deze vragen belangrijk om in de toekomst vrouwen beter te kunnen ondersteunen in hun zoektocht naar de voor hen meest geschikte methode van anticonceptie.

Wij nodigen u uit om aan deze studie deel te nemen omdat u aangeeft dat u in de laatste 18 maanden geswitcht bent van anticonceptiemethode, of gestopt bent met anticonceptie.

Aan deze studie zullen ongeveer 14-20 personen deelnemen. Om aan deze studie te kunnen deelnemen, moet u van het vrouwelijk geslacht zijn (als vrouw geboren), tussen de 18 en 50 jaar zijn, momenteel een anticonceptiemethode gebruiken of in de laatste 18 maanden anticonceptie gebruikt hebben. Alle anticonceptiemethoden van de vrouw worden geïncludeerd. Andere inclusiecriteria zijn: nog niet in de menopauze zijn, Nederlandssprekend. Een laatste voorwaarde is dat deelnemers aan de studie minstens 3 maanden op hun vorige anticonceptiemethode dienen te hebben gestaan, voordat zij gestopt of veranderd zijn van anticonceptiemethode. Exclusiecriteria zijn: vrouwen in de menopauze, vrouwen jonger dan 18 jaar vrouwen ouder dan 50 jaar en van het mannelijke geslacht zijn (als man geboren) of geswitcht wegens een strikte contra-indicatie.

De onderzoeker zal u vragen om deel te nemen aan een 1-op-1 interview dat peilt naar de beweegredenen bij het switchen of stoppen van anticonceptiemethode. Deelname aan het interview zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen en het interview zal afgenomen worden in de huisartsenpraktijk waar u patiënt bent, aan de hand van een 1 op 1 interview tussen deelnemer en onderzoeker, op een moment dat in onderling overleg wordt vastgelegd. Tijdens het interview worden geluidsopnames gemaakt. De opnames zullen nadien enkel gebruikt worden voor transcriptie. Na transcriptie zullen alle beeld- en geluidsopnames vernietigd worden.

Beschrijving van de risico's en van de voordelen

Uw deelname aan deze studie houdt geen enkel gezondheidsrisico in.

U heeft zelf geen voordeel van deelname aan dit onderzoek; u kan wel, door het delen van uw kennis en/of ervaringen, bijdragen aan het verwerven van kennis over de beweegredenen om te switchen of stoppen van anticonceptie. Op die manier kunnen, in de toekomst, huisartsen patiënten beter ondersteunen in de keuze naar de gepaste anticonceptiemethode.

Bij vragen over anticonceptiemethoden kan u altijd terecht bij uw behandelende arts of op één van onderstaande websites:

- Website van het BCFI, Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie:https://www.bcfi.be/nl/chapters/7?matches=anticonceptiemethoden%7Canticonceptiemethode%7Canticonceptie%7Cnoodanticonceptie&frag=5306
- NICE guidelines: https://www.nice.org.uk/guidance/qs129
- Website van Sensoa, Vlaamse overheidrichtlijnen: https://www.allesoverseks.be/anticonceptie
- Website van het Verenigd Koninkrijk over anticonceptie: https://thelowdown.com/
- Website van Nederland over anticonceptie: https://www.anticonceptie.nl/

Intrekking van uw toestemming

U beslist zelf of u meedoet aan het onderzoek. Deelname is vrijwillig. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft niets te tekenen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen.

Als u wel meedoet, kan u zich altijd bedenken en toch stoppen, ook tijdens het onderzoek. U hoeft hiervoor geen reden te geven

Als u aan deze studie deelneemt, vragen wij om:

Ten volle mee te werken voor een correct verloop van de studie.

Contact

Als u bijkomende informatie wenst, maar ook in geval van problemen of als u zich zorgen maakt, kan u contact opnemen met de onderzoekers (Karel Blauwens, Lucie Dubois of Lara Sablon) respectievelijk via karel.blauwens@student.kuleuven.be, lucie.dubois@student.kuleuven.be, lara.sablon@student.kuleuven.be en de hoofdonderzoeker (professor Jan Verbakel) via het telefoonnummer +3216377286 (werkuren) of via e-mail (jan.verbakel@kuleuven.be).

Als u vragen hebt met betrekking tot uw rechten als deelnemer aan de studie, kan u contact opnemen met de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (ec@uzleuven.be; 016 34 86 00 (werkdagen tussen 10 en 11 uur))

II Geïnformeerde toestemming

Deelnemer

- Ik verklaar dat ik geïnformeerd ben over de aard, het doel, de duur, de eventuele voordelen en risico's van de studie en dat ik weet wat van mij wordt verwacht. Ik heb kennis genomen van het informatiedocument en de bijlagen ervan.
- Ik heb voldoende tijd gehad om na te denken en indien gewenst met een door mij gekozen persoon te overleggen.
- Ik heb alle vragen kunnen stellen die bij me opkwamen en ik heb een duidelijk antwoord gekregen op mijn vragen.
- Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is en dat ik vrij ben mijn deelname aan deze studie stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden op te geven en ik weet dat er geen nadeel voor mij kan ontstaan.
- Ik begrijp dat er tijdens mijn deelname aan deze studie gegevens over mij zullen worden verzameld en dat de onderzoekers de vertrouwelijkheid van deze gegevens verzekeren overeenkomstig de Europese en Belgische wetgeving ter zake.

Ik wil graag / niet* geïnformeerd worden over de algemene onderzoeksresultaten van de studie. (* schrappen wat niet past)

Ik heb een exemplaar ontvangen van de informatie aan de deelnemer en de geïnformeerde toestemming.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de deelnemer

.....

Onderzoeker

Ik ondergetekende …….., onderzoeker verklaar de benodigde informatie inzake deze studie mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.

Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen met deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.

Ik bevestig dat ik werk in overeenstemming met de ethische beginselen zoals vermeld in de "Verklaring van Helsinki", de "Goede klinische praktijk" en de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon.

Naam, voornaam, datum en handtekening van de onderzoeker

.....

III. Aanvullende informatie

1: Aanvullende informatie over de bescherming en de rechten van de deelnemer

Ethisch comité

Deze studie werd geëvalueerd door een onafhankelijk ethisch comité, namelijk EC Onderzoek UZ/KU Leuven, dat een gunstig advies heeft uitgebracht. De ethische comités hebben als taak de personen die aan studies deelnemen te beschermen.

U dient het positief advies van de Ethische Comités in geen geval te beschouwen als een aansporing om deel te nemen aan deze studie.

Vrijwillige deelname

Aarzel niet om alle vragen te stellen die u nuttig vindt voordat u tekent. Neem de tijd om er met een vertrouwenspersoon over te praten, als u dit wenst.

U heeft het recht om niet deel te nemen aan deze studie of met deze studie te stoppen zonder dat u hiervoor een reden hoeft te geven, zelfs al hebt u eerder toegestemd om aan deze studie deel te nemen. Uw beslissing zal in geen geval nadelige gevolgen hebben voor u.

Als u aanvaardt om aan deze studie deel te nemen, ondertekent u het toestemmingsformulier. De onderzoeker zal dit formulier ook ondertekenen en zal zo bevestigen dat hij u de noodzakelijke informatie voor deze studie heeft gegeven. U zult het voor u bestemde exemplaar ontvangen.

Kosten in verband met uw deelname

U zult geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan deze studie. Uw deelname zal echter voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen.

Vertrouwelijkheidgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat de onderzoekers gegevens over u verzamelen en gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke en medische publicaties.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. KU Leuven is de verwerkingsverantwoordelijke voor uw gegevens.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn[1].

De onderzoekers zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie). De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren [2].

De (gecodeerde) onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan Belgische of andere regelgevende instanties, aan de ethische comités, aan andere onderzoekers en/of instellingen die samenwerken met de opdrachtgever. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm.

Om de kwaliteit van de studie te controleren, kan uw medisch dossier worden ingekeken door personen die gebonden zijn aan het beroepsgeheim zoals vertegenwoordigers van de ethische comités, van de opdrachtgever van de studie of een extern audit bureau. Dit kan enkel gebeuren onder strikte voorwaarden, onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker en onder zijn/haar toezicht (of van één van zijn/haar onderzoeksmedewerkers).

De opdrachtgever verbindt zich ertoe om de verzamelde gegevens enkel in het kader van deze studie te gebruiken.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de opdrachtgever worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe wij uw gegevens gebruiken of uw recht op inzage, correctie, eventueel stopzetting van de verdere verwerking wil uitoefenen, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw arts-onderzoeker op volgend contactadres: karel.blauwens@student.kuleuven.be, lucie.dubois@student.kuleuven.be of lara.sablon@student.kuleuven.be. Indien u naderhand nog

1 Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), door de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

2De database met de resultaten van de studie zal dus geen elementen bevatten zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

bijzondere aandachtspunten heeft of klacht wenst neer te leggen, kan u terecht bij het privacyteam van de KU Leuven op privacy@kuleuven.be

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact(at)apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be