Dokter, ik ben toch niet zwanger?

Ongeplande zwangerschap in de huisartsenpraktijk; incidentie, factoren geassocieerd aan foutief anticonceptiegebruik en mogelijkheden om hier als huisarts op te anticiperen

Liesbeth Aerts, Universiteit Antwerpen

Promotoren: Lieve Peremans, Universiteit Antwerpen
Veronique Verhoeven, Universiteit Antwerpen
Praktijkopleider: Jo Bernagie, WGC 't Spoor Borgerhout

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Universiteit Antwerpen

ABSTRACT

Dokter, ik ben toch niet zwanger?
Ongeplande zwangerschap in de huisartsenpraktijk; incidentie, factoren geassocieerd aan foutief anticonceptiegebruik en mogelijkheden om hier als huisarts op te anticiperen

Haio: Liesbeth Aerts, Universiteit Antwerpen, liesbeth.aerts@student.uantwerpen.be
Praktijkopleider: Jo Bernagie, wijkgezondheidscentrum 't Spoor, Borgerhout
Promotoren: Lieve Peremans en Veronique Verhoeven, Universiteit Antwerpen
ICPC-2: W02-angst zwanger te zijn, W79-ongewenste zwangerschap, W83-abortus provocatus

Context: Ongeplande zwangerschap vormt een significant gezondheidsprobleem. In 2008 was 41% van de zwangerschappen wereldwijd ongepland. Ook in Vlaanderen is ongeplande zwangerschap een veel voorkomende realiteit. Eén op de vier zwangerschappen wordt als niet gepland beschouwd. De huisarts speelt een belangrijke rol in het voorschrijven van anticonceptie. Ongeveer 60% van het budget dat in België aan orale contraceptiva wordt uitgegeven, is op voorschrift van een huisarts. Met deze studie willen we achterhalen waarom de vrouwen in onze praktijk vrezen voor ongeplande zwangerschap. Door inzicht te verwerven in deze vraag, kunnen we als huisarts wellicht ons anticonceptieconsult verbeteren en patiëntgerichter maken.

Onderzoeksvraag: Concreet vertaalt het onderzoek zich in drie onderzoeksvragen. 1/ Wat is de incidentie van vrees voor ongeplande zwangerschap in onze praktijk? 2/ Waarom hebben patiënten angst voor mogelijke zwangerschap? Wat zijn de redenen voor foutief of geen contraceptiegebruik? 3/ Heeft een praktijkvorming effect op het zelfgerapporteerde anticonceptiefalen?

Methode: Dit kwaliteitsverbeterend project werd opgesteld aan de hand van het FOCUS-PDCA model. Er werd gestart met een literatuuronderzoek en het definiëren van onderzoeksvragen (FIND). Vervolgens werd de grootte van het probleem ingeschat aan de hand van het elektronisch medisch dossier en werd een onderzoeksopzet uitgewerkt (ORGANISE,CLARIFY). De mogelijke oorzaken van vrees voor ongeplande zwangerschap werden onderzocht met een visgraatdiagram (UNCOVER). Tot slot werd actie ondernomen volgens de PLAN/DO/CHECK/ACT-cyclus. De vrouwen die in de periode van 1/5/2014 tot 30/11/2014 consulteerden met vrees voor zwangerschap werden uitgenodigd om deel te nemen aan de studie. Na het overlopen van een vragenlijst, kregen ze een individuele vorming over anticonceptie. Om het effect van vorming na te gaan, werden de vrouwen drie maand later opnieuw uitgenodigd voor een tweede vragenlijst.

Resultaten: Over een periode van 1 jaar waren er 31 vrouwen die consulteerden met 'angst zwanger te zijn (W02)'. Dit komt neer op een totale incidentie van 23 per 1000 patiëntenjaren in de jaarlijkse contactgroep. In de onderzoeksperiode van 7 maanden werden er 22 patiënten geregistreerd met W02. Hiervan waren er 10 bereid om een vragenlijst in te vullen. Bij 3/10 van de vrouwen werd er geen contraceptivum gebruikt. Bij de anderen was er voornamelijk sprake van gebruikersfouten, zoals een onregelmatige inname van de anticonceptiepil (5/7), het vergeten van een condoom of het te laat toedienen van de prikpil. Bij 4/10 deelnemende vrouwen schatte de arts de mogelijkheid op zwangerschap groot in. Drie van hen waren ook daadwerkelijk zwanger. De deelnemende patiënten rapporteerden minder anticonceptiefalen drie maanden na de vorming. Geen enkele patiënte schakelde echter over naar een ander (veiliger) anticonceptivum.

Conclusie: In het wijkgezondheidscentrum is de incidentie van vrees voor ongeplande zwangerschap hoog in vergelijking met de Intego-databank (23 versus 0,20 per 1000 patiëntenjaren). Dankzij dit praktijkverbeterend project is er bij de artsen een grotere alertheid om 'angst zwanger te zijn (W02)' te registreren en de vrouwen extra te informeren aan de hand van consultondersteunend educatiemateriaal. Artsen zijn zich nu ook meer bewust van de effectiviteit van langwerkende reversibele anticonceptie (met name minder gebruikersfouten, waardoor veiliger).

INHOUDSOPGAVE

ABSTRACT **2**

INHOUDSOPGAVE **3**

MOTIVATIE **4**

Stap 1: FIND **4**

1. Inleiding 4
2. Onderwerp van de literatuurstudie 4
3. Methodologie 5
4. Resultaten literatuuronderzoek 6

Stap 2: ORGANISE **10**

1. Wat is de incidentie van 'vrees voor ongeplande zwangerschap' in onze praktijk? 10
2. Waarom hebben patiënten angst voor een mogelijke zwangerschap? Wat ging er mis; redenen voor foutief of geen contraceptiegebruik? 10
3. Heeft een praktijkvorming effect op het zelfgerapporteerde anticonceptiefalen? 11

Stap 3: CLARIFY **11**

Stap 4: UNDERSTAND AND UNCOVER **12**

1. Visgraatdiagram voor aanvang van de studie 12
2. Hoe omgaan met deze problemen? 13

Stap 5: PLAN-DO-CHECK-ACT/ADJUST CIRKEL **13**

1. PLAN: plannen van de actie 13
2. DO: uitvoeren van de actie 14
3. CHECK: evaluatie van de actie 14

DISCUSSIE **16**

1. Bronnen van fout 16
2. Interpretatie van de resultaten 17
3. ACT/ADJUST: Hoe kan het project in de dagelijkse praktijk geïntegreerd blijven? 19

BESLUIT **20**

Dankwoord **21**

Bijlages **25**

1. Vragenlijst 1 (afgenomen bij aanvang van de studie) 25
2. Codeboek vragenlijst 1 27
3. Vragenlijst 2 (afgenomen 3 maanden na het eerste contact) 29
4. Codeboek vragenlijst 2 30
5. Informed consent en toestemmingsformulier patiënt 31
6. Studieprotocol 32
7. Toestemming ethisch comité 36
8. Praktijkrichtlijn 37

MOTIVATIE

In mijn eerste opleidingspraktijk (wijkgezondheidscentrum 't Spoor in Borgerhout) stelden we vast dat er veel vrouwen consulteerden met de vraag 'dokter, ik ben toch niet zwanger?'. Deze vaststelling vormde de aanleiding voor een kwaliteitsverbeterend project. Het leek ons interessant om na te gaan waarom vrouwen hiermee naar de huisarts komen. Door inzicht te verwerven in deze vraag (of de vraag achter de vraag), kunnen we als arts wellicht ons anticonceptieconsult verbeteren en patiëntgerichter maken.

Concreet vertaalt het onderzoek zich in de volgende **onderzoeksvragen**:

- Wat is de incidentie van vrees voor ongeplande zwangerschap in onze praktijk?
- Waarom hebben patiënten angst voor een mogelijke zwangerschap? Wat ging er mis? Redenen voor foutief of geen contraceptiegebruik?
- Heeft een praktijkvorming effect op het zelfgerapporteerde anticonceptiefalen?

Het kwaliteitsverbeterend project werd opgesteld aan de hand van het **FOCUS-PDCA model**. De naam is een acroniem dat de verschillende basisstappen van een verbeteringsproces beschrijft. Met name:



Stap 1: FIND

In deze stap worden de onderzoeksvragen gedefinieerd en wordt er relevante literatuur opgezocht.

1. Inleiding

Deze studie beoogt een beter inzicht te krijgen in de redenen van angst voor ongeplande zwangerschap. Met deze kennis kunnen we als huisartsenpraktijk hopelijk beter anticiperen op het probleem en zo het aantal ongeplande zwangerschappen in onze populatie verminderen.

2. Onderwerp van de literatuurstudie

Om het onderwerp te situeren in een brede maatschappelijke context, wordt er in de literatuur een antwoord gezocht op de volgende vragen:

- Wat is de incidentie van ongeplande zwangerschap?
- Wat zijn de risicofactoren voor ongeplande zwangerschap?
- Wat zijn de gevolgen van een ongeplande zwangerschap?
- Hoe kan het contraceptiegebruik verbeterd worden om zo een ongeplande zwangerschap te voorkomen?

3. Methodologie

3.1 Zoekstrategie en zoektermen

Voor het verzamelen van relevante artikels, werd eerst gezocht in de richtlijnen van Domus Medica en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Vervolgens werden systematische reviews en meta-analyses opgezocht in de Cochrane Database of Systematic Reviews. Dit aan de hand van de MeSH-term: 'Pregnancy, Unplanned'.

Dan werd er, via de PubMed zoekrobot, een systematische zoekopdracht uitgevoerd in de MedLine databank. Hiervoor werd gebruikgemaakt van de MeSH-term: 'Pregnancy, Unplanned'. Er werd de voorkeur gegeven aan artikels die hoog gerankt staan in de evidentiepiramide (met name systematische reviews en richtlijnen) en recente artikels (niet ouder dan 25 jaar). Vervolgens werd gezocht naar relevante onderzoeksartikels over strategieën om het contraceptiegebruik te verbeteren. Dit aan de hand van de zoektermen ('Contraception'[Mesh] AND (compliance OR adherence OR acceptability) AND (counseling OR education OR intervention)). Aanvullend werd er gezocht naar relevante literatuurreferenties (volgens de zogenaamde sneeuwbalmethode).

Tot slot werden data uit de Belgische context opgezocht. Dit via de PubMed zoekrobot en via gekende kanalen, zoals jaarverslagen van abortuscentra in de buurt, het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid (Sensoa) en Intego (een databank waarin gegevens worden verzameld uit huisartsenpraktijken in Vlaanderen).

3.2 In- en exclusiecriteria voor je literatuurstudie

Publicaties over ontwikkelingslanden, natuurlijke anticonceptie, definitieve anticonceptie (sterilisatie of vasectomie) en specifieke risicogroepen (mensen met een verstandelijke beperking, sekswerkers, seropositieve vrouwen,…) werden uitgesloten. Publicaties in een andere taal dan het Nederlands, Engels of Frans, werden eveneens geëxcludeerd.

3.3 Uitkomst

Aantal richtlijnen: 3

- Richtlijn Domus Medica hormonale anticonceptie (april 2012)
- Richtlijn Domus Medica preconceptieadvies (juni 2011)
- NHG standaard anticonceptie (december 2011)

Aantal artikels Cochrane Library of Systematic Reviews:

- 'Pregnancy,Unplanned'[Mesh]. Filters activated: Cochrane Review. 5, waarvan 3 geselecteerd.

Aantal artikels MedLine zoekopdracht:

- 'Pregnancy,Unplanned'[Mesh]. Filters activated: Review, Guideline, Published in the last 25 years. 116, waarvan 32 geselecteerd.
- 'Contraception'[Mesh] AND (compliance OR adherence OR acceptability) AND (counseling OR education OR intervention). Filters activated: Published in the last 25 years. 210, waarvan 28 geselecteerd.
- (('Contraception'[Mesh]) OR 'Pregnancy,Unplanned'[Mesh]) AND Belgium. Filters activated: Published in the last 25 years. 48, waarvan 11 geselecteerd.

Aantal artikels via sneeuwbalmethode: 19

Aantal artikels via gekende kanalen: 4

- Sexpert bevolkingsonderzoek (februari 2013)
- Dr. Willy Peers Centrum jaarverslag (2012)
- Sensoa Feiten & cijfers over ongeplande zwangerschap en abortus in België (juli 2014)
- Intego-databank, cijfers uit huisartsenpraktijken (2011)

4. Resultaten literatuuronderzoek

4.1 Wat is de incidentie van ongeplande zwangerschap?

Ongeplande zwangerschap vormt een significant gezondheidsprobleem. In 2008 was 41% van de zwangerschappen wereldwijd ongepland. Hiervan resulteerde 39% in geboorte, 49% in abortus provocatus en 12% in een spontane miskraam. De cijfers uit West-Europa zijn heel gelijkaardig met een percentage van 42% ongeplande zwangerschappen. Waarbij er 40% resulteerde in geboorte, 48% in abortus provocatus en 12% in een spontane miskraam. *(1)*

Ook in Vlaanderen is ongeplande zwangerschap een veel voorkomende realiteit. Een recente bevolkingsstudie (2011) toonde dat één op vier zwangerschappen (25%, N=637) als niet gepland werd beschouwd. Maar ongepland is niet altijd ongewenst. In twee op de drie (68%) gevallen van ongeplande zwangerschap, werd deze nadien toch positief ervaren. 22% van de ongeplande zwangerschappen werd beëindigd met een abortus provocatus. *(2)* Algemeen wordt in België ruim één op de tien zwangerschappen bewust afgebroken (abortusratio 13%). *(3)*

4.2 Wat zijn de risicofactoren voor ongeplande zwangerschap?

4.2.1 Anticonceptiefalen

Meer dan de helft van de vrouwen die ongepland zwanger werden in de Verenigde staten, gebruikte op dat moment enige vorm van (inconsistent toegepaste) anticonceptie. *(4)* De Belgische cijfers liggen in dezelfde lijn. Een kleine 60% van de abortuscliënten gebruikte een contraceptivum in de maand voor de ongeplande zwangerschap. Het ging vooral om het falen van orale contraceptie (ongeveer 30%) of condoomgebruik (ongeveer 15%). *(3,5)*

Een Amerikaanse bevolkingsstudie onderzocht het anticonceptiegebruik van 6724 vrouwen tussen de 15 en 44 jaar. De onderzoekers stelden vast dat 46% van de vrouwen ooit anticonceptie stopte uit ontevredenheid over de methode. De methodes met de hoogste stopzettingpercentages zijn het pessarium (52%), het cervixkapje (48%), de prikpil (42%) en het hormoonstaafje (42%). Orale contraceptiva en spiraaltjes (IUD) hadden een intermediair ontevredenheidspercentage (respectievelijk 36% en 29%). De condoom had het laagste risico op stopzetting (12%). De oorzaken van ontevredenheid waren heel divers. Orale contraceptiva, de prikpil en het hormoonstaafje werden meestal stopgezet omwille van nevenwerkingen. Vooral cyclusstoornissen werden hierbij genoemd. Condoomgebruik werd vooral gestopt in kader van seksueel genot en tevredenheid van de partner (beiden 38%). *(6)*

4.2.2 Psychosociale en economische factoren

Vrouwen die de grootste kans hebben op een ongeplande zwangerschap zijn jong, arm, laaggeschoold en behorend tot een etnisch-culturele minderheid. *(7)* Dat blijkt ook uit de jaarverslagen van ziekenhuizen en abortuscentra die melden dat een groot aantal allochtone vrouwen, illegalen en asielzoeksters weinig of geen kennis van anticonceptie heeft. *(3,5)*

Vrouwen die onder de armoedegrens leven, hebben een viermaal hoger risico dan vrouwen wiens inkomen dubbel zo hoog is. *(8)*

4.2.3 Maatschappelijke factoren

De richtlijn preconceptieadvies van Domus Medica benadrukt dat huisartsen een belangrijke taak hebben in de preconceptionele zorg. *(9)* Nochtans blijkt uit onderzoek dat de preconceptiezorg, waaronder de preventie van ongeplande zwangerschap, nog onvoldoende geïntegreerd is in de gezondheidszorg. Dit staat in schril contrast met de prenatale zorg die redelijk veel aandacht krijgt. *(10–12)*

4.3 Wat zijn de gevolgen van een ongeplande zwangerschap?

Ongeplande zwangerschappen die voldragen worden, zijn geassocieerd aan een vertraagde opstart van prenatale zorg, meer vroeggeboortes, een lager geboortegewicht, minder borstvoeding, meer alcohol-/tabakgebruik tijdens de zwangerschap en een verhoogde maternele mortaliteit en morbiditeit. *(13)*

4.3.1 Foetale ontwikkeling

Vrouwen die risico lopen om ongepland zwanger te worden, hebben ook een grote kans op andere gezondheidsproblemen zoals obesitas, rookgedrag en binge-drinking. Dit is het sterkst uitgesproken bij minderjarige meisjes en vrouwen uit een lagere sociale klasse. *(10,14)*

4.3.2 Mentale gezondheid moeder

Bij onderzoek naar het effect op de mentale gezondheid, wordt al eens een vergelijking gemaakt tussen de groep vrouwen bij wie de ongeplande zwangerschap werd voortgezet en de groep die opteerde voor abortus provocatus. Een recente review zette deze studies naast elkaar. De onderzoekers concludeerden dat de geboorte van een ongepland kind vaak traumatisch is, maar dat abortus provocatus een even grote, of zelfs grotere, risicofactor vormt voor onder andere verminderd zelfvertrouwen, angststoornissen, depressie, suïcidegedachten en middelengebruik. *(15)* Deze informatie kan interessant zijn bij het counselen van vrouwen met een ongeplande zwangerschap.

4.3.3 Maatschappelijke kost

Ongeplande zwangerschappen zijn geassocieerd met een hoge gezondheidszorgkost. Een artikel uit de Verenigde staten toonde aan dat voor iedere dollar die men spendeert aan gezinsplanning, er vier dollar bespaard wordt. *(16)*

4.4 Hoe kan het contraceptiegebruik verbeterd worden om zo een ongeplande zwangerschap te voorkomen?

4.4.1 Primaire preventie

ROL VAN DE HUISARTS (COUNSELING) Een **goed geïnformeerde patiënt** vormt de hoeksteen van de primaire preventie. Door proactief het anticonceptiegebruik te bespreken en de patiënten goed te informeren, kunnen ongeplande zwangerschappen vermeden worden. *(7,17,18)*

Om snel na te gaan of een patiënte goed geïnformeerd is over gezinsplanning, kan de hulpverlener gebruik maken van **vier eenvoudige vragen**. *(10)*

1/ Zou je kinderen willen hebben. En zo ja, hoeveel?
2/ Hoelang wil je wachten alvorens (opnieuw) zwanger te worden?
3/ Wat wil je zelf doen om een zwangerschap tot dan uit te stellen?
4/ Wat kan ik als hulpverlener doen om dit doel te bereiken?

Een goede kennis over correct anticonceptiegebruik is geassocieerd met een betere **compliantie**.*(19)* Helaas is therapietrouw een complex gegeven dat wordt beïnvloed door verschillende factoren.*(20)* Dit zijn onder andere: de leeftijd, de burgerlijke staat, de mate waarin de vrouw haar vruchtbaarheid inschat, de bedenkingen die ze heeft bij de methode (nevenwerkingen, kostprijs, medisch of natuurlijk), ambivalente gevoelens rond een eventuele zwangerschap en de houding van de omgeving (vrienden of partner). *(21,22)* Een studie die contraceptiegebruik onderzocht bij 1356 vrouwen in Duitsland en Groot-Brittannië, kwam tot de conclusie dat de keuze van contraceptivum ook beïnvloed wordt door het lokale gezondheidsbeleid en de voorkeuren van de hulpverlener.*(19)*

Er zijn heel veel studies gepubliceerd over compliantie bij contraceptie, maar slechts enkelen gaan over het bereiken van gedragsverandering bij niet-compliante patiënten. *(20)* Een recente Cochrane review onderzocht het effect van verschillende **educatieve interventies**. Van de 12 strategieën die het contraceptiegebruik wilden verbeteren, bleek de helft effectief. Dit wil zeggen dat ze er in slaagden de patiënten te laten kiezen voor een effectievere methode, of dat de gekozen methode consequenter werd toegepast. Bijna alle methodes maakten gebruik van meerdere (2 tot 16) educatieve sessies. *(23)* In de huisartsgeneeskundige context is het helaas niet altijd mogelijk om een patiënte meerdere informatieve sessies aan te bieden. Wat ook effectief is gebleken (en eenvoudiger toe te passen als huisarts), is het uitdelen van informatiefolders en het stellen van relevante vragen om de kennis bij de vrouwelijke patiënten te toetsen. *(24)* Hierbij dient de arts de voorkeur te geven aan open vragen (bijvoorbeeld, ‘wat weet je over de pil’). Hij/zij neemt best een toegankelijke, niet-veroordelende, houding aan waarbij er voldoende ruimte wordt gelaten voor vragen van de patiënt. Het is nuttig om aan het einde van de consultatie de vrouw te laten herhalen wat ze over het gekozen contraceptivum weet en haar een informatiefolder mee te geven. *(25)*

Na één jaar stopt 1 op 4 vrouwen tijdelijk hun anticonceptiemiddel en 2 op 5 gebruikt hun contraceptivum inconsistent. *(7,26)* De compliantie (het continueren van de contraceptie) verhoogt wanneer de **mogelijke nevenwerkingen** van de gekozen methode tijdens de consultatie worden besproken, waarbij er wordt benadrukt dat de meeste van voorbijgaande aard zijn. *(6)* Best wordt er na één tot twee maanden een follow-up visite voorzien om de **tevredenheid en therapietrouw** van de patiënte te blijven opvolgen. *(7,27)*

ROL VAN DE PATIËNT Een Belgische Randomized Controlled Trial (RCT) onderzocht twee interventies die een impact zouden kunnen hebben op de kwaliteit van een eerste anticonceptieconsult bij de huisarts. Er werd gebruik gemaakt van een groep geïnformeerde patiënten, een groep patiënten bij wie de consultatie ondersteund werd door een Computer Decision Support System (CDSS) en een controlegroep. De studie toonde aan dat een goed geïnformeerde patiënte, die specifieke vragen stelde en proactief participeerde, significant het resultaat van de arts kon beïnvloeden. Deze patiënten ontvingen meer informatie over de nevenwerkingen en de omstandigheden met verminderde werkzaamheid. Het gebruik van de CDSS had geen enkel aantoonbaar effect *(28)*

ROL VAN DE APOTHEKER In de primaire preventie is er zeker ook een rol voor de apotheker. Eerst en vooral is de apotheker de specialist wat betreft nevenwerkingen, contra-indicaties en interacties. Bij het afleveren van een contraceptiemethode is het de taak van de apotheker om het correcte gebruik opnieuw uit te leggen. Ook het inlichten van de patiënte over het bestaan van noodanticonceptie zou moeten behoren het takenpakket van de apotheker. *(29)*

ROL VAN DE CONTRACEPTIEMETHODE De gekozen anticonceptiemethode speelt een belangrijke rol, zeker gezien ruim de helft (60%) van de ongeplande zwangerschappen te wijten is aan het inconsistent of foutief gebruik van anticonceptiva. *(5)*

Belangrijk hierbij is dat **langwerkende reversibele contraceptiva (LARC)** bewezen effectiever zijn dan orale contraceptiva, met een faalpercentage van <1%. *(30,31)* In de groep van LARC zijn hormonale middelen (hormoonspiraal, prikpil en implantaat) effectiever dan het koperspiraal. Bovendien is de veiligheid van het koperspiraal afhankelijk van het koperoppervlak, waarbij een spiraal van ≥300mm² te verkiezen is boven een spiraal met koperoppervlakte <300mm². *(32)* Een prospectieve longitudinale studie (2012), onderzocht het contraceptiegebruik van 7486 vrouwen tussen 14 en 45 jaar. Vrouwen die een pil, pleister of vaginale ring gebruikten, hadden een anticonceptiefalen van 4,55 per 100 vrouwenjaren (Pearl index). Dit cijfer was dubbel zo hoog bij vrouwen jonger dan 21 jaar. Bij LARC was dit slechts 0,27 per 100 vrouwenjaren en was er geen verschil in leeftijd. *(33)* Als een 'real-world' test wordt gedaan, blijken LARC methodes twintigmaal effectiever in het voorkomen van ongeplande zwangerschappen (HRadj=21,8; 95%CI 13,7-34,9). *(34)* Ondanks de bewezen veiligheid en werkzaamheid van de LARC, blijven deze methodes ondergebruikt. *(18)* Een onderzoek in een abortuscentrum in Groot-Brittannië toonde aan dat hun patiënten zeker openstaan voor LARC. Zij kregen door gerichte en persoonlijke counseling 73% van hun patiënten overtuigd om LARC (IUD, prikpil en hormoonstaafje) te gebruiken na abortus provocatus. *(35)* Een Nieuw-Zeelandse studie kwam tot gelijkaardige conclusies. Door de kostprijs van LARC te verlagen en de awareness te verhogen bij zowel de patiënten (affiches in de wachtzaal) als de artsen, werd deze methode meer toegepast na abortus provocatus. *(36)* Nog een Britse studie onderzocht de houding van 169 huisartsen en 148 praktijkassistentes ten opzichte van LARC. De respondenten achtten de LARC en de combinatiepil even effectief. Ook wat betreft het nevenwerkingenprofiel werd het IUD en de orale contraceptiva als gelijkwaardig aanzien. Er bestonden veel misverstanden rond de effectiviteit en nevenwerkingen van de contraceptiva. Een belangrijke reden (bij 61% van de huisartsen) om LARC niet aan te raden, was het ontbreken van de vaardigheid om zelf een IUD te plaatsen. *(37)*

Wanneer gekozen wordt voor **orale contraceptie (OAC)**, kunnen ongeplande zwangerschappen en abortussen voorkomen worden door een voldoende aantal verpakkingen voor te schrijven. *(38,39)* Er zijn ook enige argumenten dat het meteen starten van hormonale contraceptiva (de zogenaamde Quick Start methode) iets minder zwangerschappen tot gevolg heeft dan de conventionele methode waarbij de patiënte moet wachten tot de eerste dag van de volgende menstruatie. *(40)* Deze Quick Start methode houdt wel in dat zwangerschap moet worden uitgesloten tijdens de consultatie en dat de eerste zeven dagen een barrièremiddel gebruikt moet worden.

4.4.2 Secundaire preventie

In de context van ongeplande zwangerschappen is secundaire preventie tweezijdig.

VROEGTIJDIGE OPSPORING Enerzijds is het belangrijk om (ongeplande) zwangerschappen vroegtijdig op te sporen. Hoe vroeger de vrouw op de hoogte is van haar zwangerschap, hoe meer tijd ze heeft om een weloverwogen beslissing te nemen (zwangerschap continueren of beëindigen, adoptie). *(10)*

RECIDIEF VERMIJDEN Uit gegevens van abortuscentra blijkt dat 45% van de vrouwen die zich aanbiedt op zijn minst één vroegere zwangerschapsonderbreking onderging. *(5)* Daarom moet ook getracht worden om een recidiverende ongeplande zwangerschap te vermijden. *(10)* Hierin speelt de huisarts een sleutelrol. Iedere uitgevoerde zwangerschapstest, onafhankelijk van het testresultaat, zou een aanleiding moeten zijn voor anticonceptiecounseling. *(41,42)*

4.4.3 Tertiaire preventie

Tertiaire preventie behelst de diagnostiek en het beleid bij latere ongeplande zwangerschappen. *(7)* Hierbij is het belangrijk dat men terugkoppelt naar de primaire preventie. Dit wil zeggen dat er samen met de patiënte nauwkeurig wordt nagegaan waarom er herhaald falen is van de anticonceptiemethode. *(10)*

Stap 2: ORGANISE

In deze stap wordt het onderzoeksopzet uitgewerkt in functie van de onderzoeksvragen.

In deze stap wordt de vraagstelling verfijnd en wordt de focus gelegd op de eigen praktijkpopulatie. Concreet vertaalt het onderzoek zich in de volgende **onderzoeksvragen**:

- Wat is de incidentie van 'vrees voor ongeplande zwangerschap' in onze praktijk?
- Waarom hebben patiënten angst voor een mogelijke zwangerschap? Wat ging er mis? Redenen voor foutief of geen contraceptiegebruik?
- Heeft een praktijkvorming effect op het zelfgerapporteerde anticonceptiefalen?

Deze studie werd uitgevoerd volgens 'Good medical practice' zoals vastgelegd in de richtlijnen van ICH/GCP (International Conference on Harmonisation / Good Clinical Practice) en de Verklaring van Helsinki van 1996. De studie werd voorgelegd aan de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Geschreven goedkeuring van de betreffende commissie werd gegeven op 05/05/2014, met als registratienummer B300201421067. *(bijlage 6)*

1. Wat is de incidentie van 'vrees voor ongeplande zwangerschap' in onze praktijk?

Vanaf 01/03/2014 werden alle vrouwen die consulteerden met de vraag 'dokter, ik ben toch niet zwanger' systematisch geregistreerd in het elektronisch medisch dossier. Dit onafhankelijk van de waarschijnlijkheid van zwangerschap of de gevoelens hieromtrent (gewenst/ongewenst). Het was niet nodig dat deze vraag de contactreden was, het kon ook zijn dat de patiënte deze vraag stelde via een omweg.

Voor de registratie werd gebruik gemaakt van de codering '**W02 - angst zwanger te zijn**' zoals gedefinieerd door de International Classification of Primary Care (ICPC-2).

Aan de hand hiervan berekenden we voor de periode van **01/03/2014 tot 28/02/2015** (1 jaar):

- de totale incidentie (aantal diagnosen) per 1000 patiëntenjaren in de jaarlijkse contactgroep.
- de totale incidentie per leeftijdsgroep per 1000 patiëntenjaren in de jaarlijkse contactgroep.

2. Waarom hebben patiënten angst voor een mogelijke zwangerschap? Wat ging er mis; redenen voor foutief of geen contraceptiegebruik?

Deze onderzoeksvraag werd onderzocht aan de hand van een vragenlijst *(bijlage 1)* die werd afgenomen van **01/05/2014 tot 30/11/2014** (7 maanden) en die bestond uit twee delen.

Met behulp van ***DEEL A*** bevroeg de arts de sociodemografische en obstetrische kenmerken van de patiënte, maakte een inschatting van de waarschijnlijkheid van zwangerschap en ging na wat de onderliggende gedachten en gevoelens waren.

DEEL B werd na de consultatie door de behandelende arts ingevuld. Er werd nagegaan hoe groot de arts de kans op een ongeplande zwangerschap schatte, wat de uitkomst van de zwangerschapstest was en wat volgens de arts het belangrijkste hiaat was bij de patiënte.

De studie includeerde alle vrouwen van 15 tot 50 jaar die schriftelijke toestemming gaven tot deelname na het krijgen van een informed consent. Er werd geen exclusiecriterium aan de studie verbonden.

3. Heeft een praktijkvorming effect op het zelfgerapporteerde anticonceptiefalen?

Alle vrouwen die geïncludeerd werden in de studie kregen van de arts/onderzoeker een vorming op maat. Hiervoor kon gebruikt gemaakt worden van de brochure 'Kind in Beeld – contraceptie' *(43)*, een koffer met demonstratiemateriaal en de Sensoa informatiefiches rond anticonceptie. Dit zijn 11 fiches over verschillende anticonceptiemethodes vertaald in 9 talen. *(44)*

Het effect van deze interventie werd beoordeeld aan de hand van een vragenlijst die drie maanden na het eerste contact werd afgenomen. *(bijlage 3)* Deze vragenlijst onderzocht de aard en frequentie van anticonceptiefalen. Hieronder wordt verstaan; foutief gebruik (geen dagelijkse inname van de pil, pil niet herstart na stopweek, condoom onjuist aangebracht), inconsistent gebruik (pil vergeten of barrièremethode niet consequent toegepast), falen van methode (klapcondoom)…

Door te bevragen hoe vaak de laatste drie maanden anticonceptiefalen plaatsvond en door na te gaan of de vrouwen overschakelden naar een meer betrouwbare vorm van anticonceptie, kon het effect van vorming worden ingeschat.

Stap 3: CLARIFY

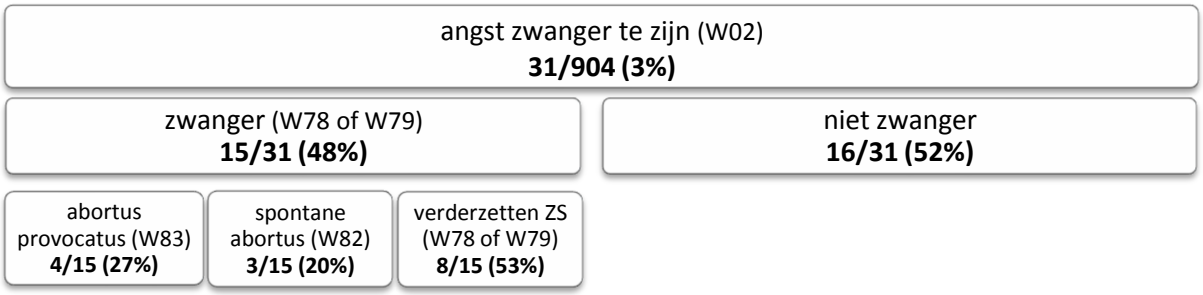
In deze stap wordt nagekeken hoe groot het probleem is in onze praktijk.

De praktijkpopulatie telt **904 vrouwelijke patiënten** tussen 15 en 50 jaar.

In de periode van één jaar (van 1/03/2014 tot 28/02/2015) werden er **102 zwangerschappen** (W78) en **5 ongewenste zwangerschappen** (W79) geregistreerd. Eén vrouw kreeg een dubbele codering met zowel W78 als W79.

In het totaal werd er bij 13 patiënten een **abortus provocatus (W83)** geregistreerd. Bij 5 van hen werd de code W79 gebruikt. Er waren dus 8 vrouwen die een abortus provocatus ondergingen, bij wie de codering W78/W79 niet werd gebruikt. Dit wil zeggen dat **11,4%** (13/(102+5-1+8)) van de zwangerschappen werd afgebroken.

Tijdens dezelfde periode werden er **31 patiënten** geregistreerd met 'W02 - angst zwanger te zijn'. Van deze vrouwen was bijna de helft (15 op 31) daadwerkelijk zwanger. Vier vrouwen werden doorverwezen voor abortus provocatus en er deden zich 3 miskramen voor. De overige 8 zwangerschappen eindigden in een partus.



Stap 4: UNDERSTAND AND UNCOVER

In deze stap worden de problemen geanalyseerd.

1. Visgraatdiagram voor aanvang van de studie



Als volgende stap werd het probleem geanalyseerd door middel van een visgraatdiagram. Deze werd opgesteld door samen met de collega's (artsen, verpleegkundige, sociaal assistentes) te brainstormen. Hieronder een niet-limitatieve lijst van mogelijke oorzaken van het probleem 'angst zwanger te zijn' in onze praktijk.

1.1 Barrières van patiënten

- Taalbarrière (slechte communicatie arts-patiënt).
- Fabels over anticonceptie (gewichtstoename, verminderde fertiliteit).
- Cultureel taboe rond seksualiteit (zeker voor het huwelijk).
- Geloofsovertuiging laat anticonceptie niet toe.
- Omgeving (partner, familie, vrienden) raadt anticonceptie af.
- Schroom om met arts over anticonceptie te praten.
- Schroom om met partner over anticonceptie te praten.
- Partner wenst geen condoom te gebruiken of weigert vasectomie.
- Gebrek aan informatie, lage scholingsgraad.
- Lage socio-economische klasse, veel problemen, anticonceptie is geen prioriteit.
- Overschatting van natuurlijke familiale planning.

1.2 Barrières van artsen/praktijk

- Bij een eerste consult; arts geeft onvoldoende/onaangepaste/te moeilijke informatie.
- Bij een herhalingsvoorschrift; arts staat te weinig stil bij compliantie van patiënte, kennis rond gebruik van anticonceptiva. Failure frequentie wordt niet systematisch bevraagd. Deels door tijdsgebrek, deels door onvoldoende awareness bij de artsen.
- Tijdsdruk van een vrije raadpleging; patiënten komen met multipele contactredenen, arts heeft onvoldoende tijd om het anticonceptieconsult grondig te doen.
- Wanneer een patiënte ongepland zwanger blijkt, lijkt het voor de arts soms niet het moment om het anticonceptiegebruik te bespreken.
- De arts is niet altijd op de hoogte van een abortus bij een patiënte. Meestal krijgen we als huisarts geen verslag, zeker niet wanneer de patiënte niet door ons werd verwezen.

1.3 Gebrek aan materiaal/middelen

- Demonstratiemateriaal is niet makkelijk voorhanden.
- Anticonceptiefiches zijn soms te ingewikkeld, moeilijk begrijpbaar voor de patiënten (analfabeet, niet Nederlandstalig).
- Financiële drempel (bij patiënt) om anticonceptie te kopen.

1.4 Factoren gebonden aan het dossier

- Geen systematische registratie van 'angst zwanger te zijn'.
- Een abortus in het verleden, staat niet altijd als in het dossier genoteerd.

2. Hoe omgaan met deze problemen?

Nadat het visgraatdiagram de mogelijke oorzaken van het probleem anticonceptiefalen in kaart had gebracht, werd het verder gebruikt om eventuele oplossingen te bedenken.

2.1 Barrières van patiënten

- Fabels doorbreken tijdens de consultatie. Goed de ideas, concerns en expectations van de patiënt over anticonceptie bevragen. Hierbij gebruik makend van open vragen.
- Consultondersteunend (demonstratie)materiaal gebruiken.
- De patiënten een informatiefiche meegeven in de eigen taal.
- Arts vernoemt zelf de prijs van de verschillende methodes.

2.2 Barrières van artsen/praktijk

- De negatieve zwangerschapstest bij patiënten met vrees voor ongeplande zwangerschap gebruiken om de anticonceptiemethode te evalueren.
- Systematisch bevragen van failure frequentie bij het voorschrijven van anticonceptie.
- Wanneer een patiënte ongepland zwanger blijkt, in het dossier noteren dat na partus het anticonceptiegebruik opnieuw besproken moet worden.
- Wanneer een patiënte naar een abortuscentrum wordt verwezen, zelf een vervolgafspraak geven om de anticonceptiemethode te evalueren.

2.3 Gebrek aan goed materiaal/middelen

- Eenvoudige anticonceptiefiches (zonder tekst) besteld.
- Anticonceptiekoffer bijgevuld met demonstratiemateriaal.

2.4 Factoren gebonden aan het dossier

- Systematische registratie van:
  - ⇨ 'W02 - vrees voor zwangerschap': antecedent
  - ⇨ 'W78 - zwangerschap', ongepland: actieve ziekte
  - ⇨ 'W83 - abortus provocatus': behandeling
- 'advies/voorlichting ivm anticonceptie' te noteren bij planning

Stap 5: PLAN-DO-CHECK-ACT/ADJUST CIRKEL

In deze stap wordt de kwaliteitscirkel van Deming toegepast voor verbetering van de praktijkwerking

1. PLAN: plannen van de actie

De actie bestond uit het **systematisch registreren** van patiënten die zich aanmeldden op consultatie met vrees voor ongeplande zwangerschap. Voor de registratie werd gebruik gemaakt van de ICPC-2 code 'W02 - angst zwanger te zijn'.

In de periode van 01/05/2014 tot 30/11/2014 werd er bij deze vrouwen, na ondertekening van een informed consent, een **vragenlijst** afgenomen. De vragenlijst gaf inzicht in de sociodemografische en obstetrische kenmerken van de patiënte, de onderliggende gevoelens en gedachten en de waarschijnlijkheid van zwangerschap. *(bijlage 1)*

Aansluitend kregen de vrouwen een **vorming** over anticonceptie. Hierbij kon gebruik gemaakt worden van een woordloze informatiebrochure, een koffer met demonstratiemateriaal en patiëntenbrieven in verschillende talen.

Het effect van deze interventie werd geëvalueerd aan de hand van een **vragenlijst** die drie maanden na het eerste contact werd afgenomen. *(bijlage 3)*

2. DO: uitvoeren van de actie

In de periode van één jaar (van 1/03/2014 tot 28/02/2015) werden er **31 patiënten** geregistreerd met 'W02 - angst zwanger te zijn'.

Tijdens de periode van 01/05/2014 tot 30/11/2014 werden er vragenlijsten afgenomen. Gedurende deze 7 maanden consulteerden er **22 vrouwen** met 'angst zwanger te zijn'. Hiervan waren **10 vrouwen** bereid om een vragenlijst in te vullen. Al deze vrouwen kregen een individuele vorming over anticonceptie, waarbij de kennis over de verschillende anticonceptiemethodes werd getoetst. Ook werd nagegaan of de vrouw bereid was tot gedragsverandering. Alle deelneemsters kregen op het einde van de consultatie een patiëntenfolder mee naar huis.

Na 3 maanden werden de deelnemende vrouwen uitgenodigd voor het invullen van een tweede vragenlijst. Er waren zes vrouwen (6/10) die deze vragenlijst invulde. Drie vrouwen (3/10) konden deze niet invullen omdat ze zwanger waren (allen kozen om de zwangerschap verder te zetten). Eén vrouw wenste niet meer deel te nemen aan de studie (wegens verhuizing).

3. CHECK: evaluatie van de actie

3.1 Kenmerken van de studiepopulatie

Van de 22 vrouwen die tijdens de studieperiode consulteerden met 'vrees voor ongeplande zwangerschap' waren er slechts 10 vrouwen bereid om een vragenlijst in te vullen. Er was dus een lage responsgraad van 45%.

De **leeftijd** van de respondenten (N=10) varieerde van 19 tot 47 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 30 jaar. De vrouwen waren gelijkmatig verdeeld over de leeftijdsgroepen, met in elke groep (20-24, 25-29, 30-34, 35-39 jaar) twee respondenten. Eén vrouw was jonger dan 20 jaar, één vrouw was ouder dan veertig.

De vrouwen waren **afkomstig** uit België (3/10), Marokko (4/10) en Sub-Saharaans Afrika (Nigeria, Congo, Somalië). De drie Belgische vrouwen woonden al sinds hun geboorte in België en waren Nederlandstalig. De zeven vrouwen die niet in België geboren werden, waren bijna allemaal minder dan 10 jaar in ons land (6/7), slechts één van hen woonde al meer dan tien jaar in België. De moedertaal van deze geïmmigreerde vrouwen was Arabisch (2/7), Berbers (2/7), Engels, Frans en Somalisch.

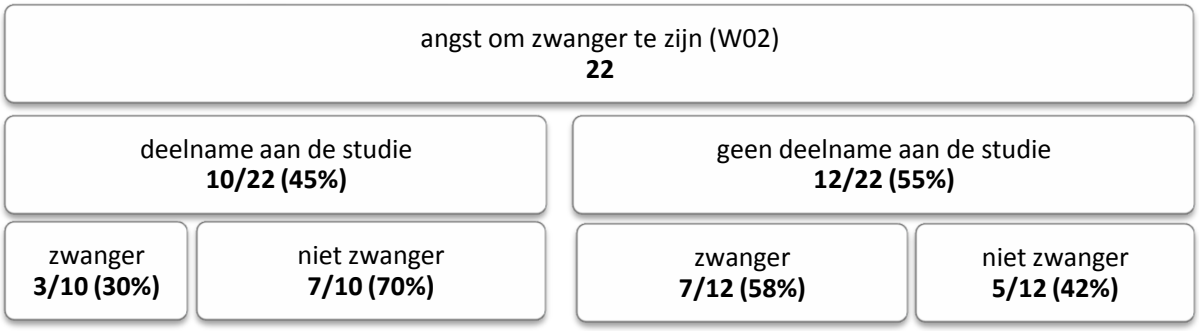
De meeste vrouwen (6/10) praktiseren het islamitisch **geloof**. De andere vrouwen noemen zich katholiek (3/10) of vrijzinnig (1/10).

Bijna alle vrouwen (9/10) waren ooit al eens zwanger geweest. Gemiddeld waren de vrouwen al 3,8 keer zwanger. De gemiddelde **pariteit** was 2,7. Vier vrouwen (4/10) ondergingen eerder al een abortus, waarvan twee vrouwen reeds 2 abortussen ondergingen.

De meeste vrouwen (8/10) zaten in een vaste **relatie**, met een gemiddelde relatieduur van 4,8 jaren. De helft (4/8) had geen kinderwens meer. Er waren 2/10 missing resultaten wat betreft de kinderwens.

3.2 Vergelijking doelpopulatie en studiepopulatie

Van de vrouwen die niet deelnamen aan de studie, waren er relatief meer vrouwen daadwerkelijk **zwanger**; met name 7/12 ten opzichte van 3/10 van de respondenten.



De **leeftijd** in de doelpopulatie (N=22) was gelijkaardig met de studiepopulatie (N=10), variërend van 19 tot 47 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 31 jaar. De groepen van de 25- tot 29-jarigen en die van de 35- tot 39-jarigen waren het best vertegenwoordigd, met respectievelijk 6 en 7 respondenten.

3.3 Wat is de incidentie van 'vrees voor ongeplande zwangerschap' in onze praktijk?

Leeftijd	AANTAL VROUWEN		YCG vrouwen*	INCIDENTIE/YCG°	
	WGC 't spoor	Intego data-bank *(45)*	WGC 't spoor	WGC 't spoor	Intego data-bank *(45)*
0-4	0	0	184	0,00	0,00
5-14	0	0	269	0,00	0,00
15-24	6	20	191	31,4	0,98
25-44	24	13	486	49,4	0,29
45-64	1	1	152	6,58	0,02
65-74	0	0	34	0,00	0,00
75+	0	0	15	0,00	0,00
TOTAAL	**31**	**34**	**1331**	**23,29**	**0,20**

* YCG = yearly contact group: jaarlijkse contactgroep
= aantal vrouwelijke patiënten dat werd gezien in de praktijk gedurende een jaar

° Incidentie/YCG = totale incidentie (aantal diagnosen) per 1000 patiëntenjaren in de jaarlijkse contactgroep

3.4 Waarom hebben patiënten angst voor een mogelijke zwangerschap? Wat ging er mis; redenen voor foutief of geen contraceptiegebruik?

De helft van de vrouwen (5/10) gebruikte de combinatiepil. Andere **anticonceptiemethodes** waren condoom (1/10) en prikpil (1/10). Een groot deel van de vrouwen (8/10) had ooit al andere anticonceptiva gebruikt, met name de combinatiepil of prikpil.

Een derde van de vrouwen (3/10) gebruikte geen anticonceptie, maar zei wel 'op te letten'. De redenen om geen anticonceptivum te gebruiken, aan periodieke onthouding (1/10) of coïtus interruptus (1/10) te doen, waren: overgewicht door de pil, te beschaamd voor anticonceptiegebruik en onvrede over anticonceptie (niet nader gespecificeerd).

Slechts twee vrouwen hadden al van **noodanticonceptie** gehoord, beiden hadden hier ook al gebruik van gemaakt.

Er was sprake van **anticonceptiefalen** bij 6 van de 10 respondenten. Drie van de vijf pilgebruiksters vergat één (of meerdere) pil(len) te nemen, één pilgebruikster was ongerust omdat ze vaak last van

diarree had. Bij de andere anticonceptiemethodes was er falen omdat de prikpil te laat werd gezet of er geen condoom werd gebruikt.

De grootste patiëntgebonden problemen zijn volgens de artsen/onderzoekers: een gebrek aan kennis over anticonceptiva, een gebrek aan structuur en het vals laag inschatten van hun vruchtbaarheid.

3.5 Heeft een praktijkvorming effect op het zelfgerapporteerde anticonceptiefalen?

Bij het afnemen van de eerste vragenlijst, bleek de helft (5/10) van de respondenten interesse te hebben om van anticonceptivum te veranderen. Hierbij overwogen ze vooral de combinatiepil (2/10) of de prikpil (1/10). Twee respondenten hadden nog geen anticonceptivum in gedachten. De vijf vrouwen die niet wilden veranderen van anticonceptivum waren bijna allemaal (4/5) tevreden met het huidige middel, één van hen had bovendien slechte ervaringen met de prikpil (gewichtstoename).

Drie maanden later, bij afname van de tweede vragenlijst, bleek dat geen enkele vrouw van contraceptivum veranderd was. Bij allen zou de failure frequentie wel afgenomen zijn.

DISCUSSIE

1. Bronnen van fout

1.1 Selection bias

Eerst en vooral komt niet iedere vrouw naar de dokter wanneer ze vreest voor ongeplande zwangerschap. Mogelijk speelt **de (financiële) laagdrempeligheid** van het wijkgezondheidscentrum hier een rol. Dankzij het forfaitair systeem hebben de patiënten toegang tot een kosteloze consultatie (en zwangerschapstest), waardoor er relatief meer vrouwen een test bij de huisarts laten doen. Vrouwen zonder financiële moeilijkheden, worden wellicht minder beïnvloed door dit financieel argument en zijn misschien eerder geneigd om thuis een zwangerschapstest te doen wanneer ze vrezen voor zwangerschap. Deze vrouwen zien we als huisarts dus niet op de consultatie.

1.2 Non-respons bias

Slechts 10 van de 22 vrouwen met ‘vrees voor ongeplande zwangerschap’ nam deel aan de studie. Er was dus een **lage responsgraad** van 45%. Bovendien bleek dat er in de groep die niet wenste deel te nemen relatief meer vrouwen ongepland zwanger waren (58% ten aanzien van 30%), wat ook tot vertekening van de resultaten kan leiden.

Deze non-respons is deels te verklaren door de **drempel die de arts/onderzoeker ervaart** om tijdens een emotioneel geladen consultatie over een wetenschappelijk onderzoek te beginnen. Bovendien is het ook begrijpelijk dat **patiënten weigeren deel te nemen** als hun vrees gegrond was en ze zwanger blijken te zijn. Spijtig genoeg werd de ‘weigering van deelname aan de studie’ niet geregistreerd.

1.3 Information/interviewer bias

Bij face-to-face onderzoek is er steeds het gevaar dat patiënten **sociaal wenselijke antwoorden** geven aan de arts/onderzoeker. Hierdoor zal bijvoorbeeld de frequentie van het anticonceptiefalen onderschat worden. Deze interviewer bias kan ook deels verklaren dat de helft van de vrouwen interesse heeft om van anticonceptivum te veranderen, maar dat er na drie maanden geen enkele vrouw daadwerkelijk van contraceptivum veranderd is.

1.4 Beperkingen literatuurstudie

In de literatuur bestaan er **slechts weinig artikels** over vrouwen met 'vrees voor ongeplande zwangerschap. De meeste onderzoeken gaan over ongeplande zwangerschap. Hierdoor zijn de cijfers uit deze studie moeilijk te vergelijken met de literatuur.

1.5 Beperkingen in de studieopzet

De **grootte van de onderzoeksproef** vormt ook een beperking. De resultaten van deze tien patiënten zijn niet te extrapoleren naar de hele praktijkpopulatie. Bovendien zorgt de specifieke multiculturele samenstelling van de populatie in het wijkgezondheidscentrum er ook voor dat de resultaten niet blind geëxtrapoleerd kunnen worden naar andere praktijken.

Door het wisselen van praktijk tussen de twee opleidingsjaren, was de studieduur beperkt tot 7 maanden. Hierdoor was er onvoldoende tijd om een concreet effect van de interventie te meten. Een herhaling van de registratie op lange termijn lijkt aangewezen.

1.6 Beperkingen in de registratie

Nog een mogelijke bron van fout is de keuze voor de **specifieke codering W02**. De huisartsen die deel uitmaken van het Intego-registratienetwerk gebruiken deze code misschien enkel voor vrouwen bij wie de zwangerschapstest negatief is. Bij vrouwen die zwanger blijken, wordt misschien eerder geopteerd voor de codes W78 (zwangerschap) of W79 (ongewenste zwangerschap).

Er is ongetwijfeld ook een **onderschatting door onvolledige registratie**. Zo is het mogelijk dat de arts in een aantal gevallen de diagnose (W02, W78, W79, W83) niet correct registreerde. Dit door onvolledig codering, registratie op de foute plaats (bijvoorbeeld abortus provocatus bij risicofactor in plaats van bij diagnose/behandeling) of niet-gecodeerde registratie. Een vrouw die de huisarts consulteert met vrees voor ongeplande zwangerschap, waarbij de zwangerschapstest positief blijkt en die vervolgens kiest voor abortus provocatus, zou drie diagnoses kunnen krijgen, met name: W02-angst zwanger te zijn, W79-ongewenste zwangerschap en W83-abortus provocatus. Uit stap 3 (Clarify) blijkt dat dit in de praktijk bijna nooit gebeurd. Daarom werd bij het opstellen van de praktijkrichtlijn overeengekomen dat enkel de belangrijkste code (in dit geval W83) geregistreerd moet worden. *(bijlage 8)*

Wat betreft het abortuscijfer is er mogelijk een onderschatting omdat de **patiënte de huisarts niet consulteerde**. Dit omdat ze op eigen initiatief naar het abortuscentrum ging, of werd verwezen door een andere arts of hulpverlener. Slechts 23% van de patiënten die zich aanmeldt in een abortuscentrum, werd verwezen door de huisarts. *(5)*

2. Interpretatie van de resultaten

2.1 Incidentie

ONGEPLANDE ZWANGERSCHAP Uit de literatuur blijkt dat vrouwen een grotere kans hebben op een ongeplande zwangerschap wanneer zij jong, arm, laaggeschoold zijn en behoren tot een etnisch-culturele minderheid. *(3,5)* Gezien het wijkgezondheidscentrum een groot aantal patiënten van niet-Belgische afkomst en relatief veel mensen zonder papieren telt, verwacht je een hogere incidentie van ongeplande zwangerschap. Dit wordt bevestigd door de incidentiecijfers. Over een periode van 1 jaar, waren er 31 vrouwen die consulteerden met vrees voor ongeplande zwangerschap. Dit komt neer op een totale incidentie van 23 per 1000 patiëntenjaren in de jaarlijkse contactgroep. Dit cijfer ligt veel hoger dan de incidentie die beschreven wordt in de Intego-databank, namelijk 0,20 per 1000

patiëntenjaren. *(45)* Hierbij dient men wel rekening te houden met het feit dat de huisartsen die deel uitmaken van het Intego-registratienetwerk waarschijnlijk veel te weinig de codering W02 hebben gebruikt, omdat ze kozen voor een andere hoofddiagnose. (zie bronnen van fout, 1.1.6)
De vrouwen in deze studie waren gelijkmatig verdeeld over de verschillende leeftijdscategorieën. Er was geen overwicht van adolescente vrouwen (wat uit de literatuur wel te verwachten was).

ABORTUS PROVOCATUS Van 1/03/2014 tot 28/02/2015 werden volgens het elektronisch medisch dossier **11,4%** (13/114) van de zwangerschappen afgebroken. Dit komt overeen met de cijfers van Sensoa, waaruit blijkt dat in België 13% van de zwangerschappen bewust wordt afgebroken. *(3)* Vier van de tien vrouwen (40%) die de vragenlijst invulden ondergingen eerder al een abortus, waarvan twee vrouwen reeds 2 abortussen ondergingen. Dit zijn dus vrouwen die risico lopen op een recidief-abortus, zoals dat het geval is bij 45% van de vrouwen die zich aanbiedt in de abortuscentra. *(5)*

2.2 Populatiekenmerken

Van de deelnemende vrouwen is **slechts 3/10 van Belgische afkomst.** Dit is deels te verklaren door de specifieke populatie van een wijkgezondheidscentrum in een stedelijke context, met relatief veel patiënten van allochtone afkomst. Een andere eventuele verklaring is dat de Belgische vrouwen in het wijkgezondheidscentrum mogelijk welgestelder zijn en de zwangerschapstest thuis uitvoeren.

De moedertaal van deze vrouwen is Arabisch (2/7), Berbers (2/7), Engels, Frans en Somalisch. Deze taalbarrière bemoeilijkt ongetwijfeld de communicatie tussen patiënt en hulpverlener en kan mogelijk voor misverstanden zorgen.

Het grote aandeel van vrouwen van Marokkaanse origine, vormt mogelijk ook een verklaring voor het hoge incidentiecijfer van vrees voor ongeplande zwangerschap. Uit een Nederlands bevolkings-onderzoek bleek dat Turkse en Marokkaanse vrouwen minder vaak anticonceptie gebruiken dan autochtone vrouwen. *(46)* Een Belgisch onderzoek bij 602 Marokkaanse gehuwde vrouwen, toonde dat orale anticonceptie in deze groep de meest toegepaste methode is. 86% van de ondervraagde vrouwen had ooit al een anticonceptiepil gebruikt. Maar het contraceptiefalen ligt hoger bij deze vrouwen, met veel ongeplande zwangerschappen tot gevolg. Een kwalitatief onderzoek (uit 1997) stelde vast dat Marokkaanse vrouwen, van de eerste generatie, hun anticonceptie vaak niet correct toepassen door een gebrek aan kennis over het eigen lichaam (zowel anatomie als fysiologie) en onwetendheid over het correcte gebruik van contraceptiva.*(47,48)* Uit groepsgesprekken met 53 jongeren van Marokkaanse afkomst (tweede generatie), blijkt dat er in de gezinscontext niet over seksualiteit wordt gesproken. Hierbij speelt zowel angst als schaamte een rol en het culturele belang van maagdelijkheid tot het huwelijk. *(49)*

2.3 Falen van de contraceptiemethode

Eén derde van de vrouwen (3/10) gebruikte geen **contraceptivum**. Twee van hen stopte de prikpil door overgewicht. Een andere vrouw gebruikte niets uit angst voor de onvruchtbaarheid achteraf. De helft van de vrouwen (5/10) gebruikt de combinatiepil. Bij drie van hen werd de pil ongeveer éénmaal per maand vergeten. Eén vrouw vergat de pil minder dan maandelijks. Eén vrouw vergat nooit inname van haar contraceptivum, maar was vooral ongerust omdat haar maandstonden uitbleven (bij continu pilgebruik).
De vrouw die gebruik maakte van het condoom als contraceptivum, vergat ongeveer éénmaal per maand een condoom te gebruiken bij betrekkingen.

Slechts twee vrouwen (2/10) hadden al van **noodanticonceptie** gehoord, beiden hadden hier ook al gebruik van gemaakt.

De helft van de bevraagde vrouwen (4/8) had **geen kinderwens meer**. Allen maakten gebruik van kortwerkende contraceptiva. Deze vrouwen zouden dus overtuigd kunnen worden om te starten met LARC of een definitieve methode (vasectomie of sterilisatie).

De grootste patiëntgebonden problemen zijn volgens de artsen/onderzoekers: een gebrek aan kennis over anticonceptiva, een gebrek aan structuur en het vals laag inschatten van hun vruchtbaarheid.

3. ACT/ADJUST: Hoe kan het project in de dagelijkse praktijk geïntegreerd blijven?

3.1 Wat hebben we bereikt met deze studie?

Deze studie toont aan dat heel wat ***patiënten*** overwegen om over te stappen naar een veiliger contraceptivum.

Opvallend is dat bij het opstellen van de visgraat (voor aanvang van de studie) er door de **artsen** niet gesproken werd over langdurige anticonceptiemethoden zoals IUD. Dankzij de studie is er bij de artsen meer kennis over de betrouwbaarheid van LARC. Mede door de systematische codering van 'angst zwanger te zijn (W02)' in het dossier, is er een toegenomen alertheid voor vrouwen met mogelijk contraceptiefalen.

Er werd een ***praktijkrichtlijn*** opgesteld om de artsen te ondersteunen in het anticonceptieconsult *(bijlage 8)* en er is ook ***consultondersteunend materiaal*** ter beschikking van de artsen. De brochure 'Kind in Beeld – contraceptie' is voorhanden in ieder kabinet. Verder beschikt het wijkgezondheids-centrum nu over een anticonceptiekoffer met demonstratiemateriaal en een documentatiekaft met meertalige brochures.

3.2 Wat zijn werkpunten voor de toekomst?

Volgens de artsen/onderzoekers is het grootste probleem een gebrek aan **kennis over anticonceptiemiddelen** bij de patiënten. Eerst en vooral moeten we er dus naar streven om bij onze patiënten de kennis te verhogen. Dit kan door informatieoverdracht aan de hand van de eenvoudige, woordloze brochure Kind in Beeld. Deze (herhaalde) vorming zou deel moeten uitmaken van ieder anticonceptieconsult. Er kan best ook een informatiefolder worden meegegeven met de patiënten. *(24)*

Slechts 2 van de 10 patiënten was vertrouwd met **noodanticonceptie**. Aangezien noodanticonceptie de kans op een ongeplande zwangerschap kan verlagen, is het toch belangrijk dat de arts de vrouw informeert over het bestaan van urgentieanticonceptie. Hierdoor kunnen vrouwen zich alsnog beschermen wanneer er iets fout loopt met hun anticonceptiemethode. Ook uit de literatuur blijkt dat huisartsen hier nog te weinig aan denken. Een Belgische studie die simulatiepatiënten naar de huisarts stuurde om een eerste pilvoorschrift te vragen, toonde aan dat slechts 3/28 huisartsen tijdens het anticonceptieconsult over de noodpil sprak. *(50)*

De studie toont aan dat vele vrouwen overwegen om van contraceptivum te veranderen. Uit de resultaten van de tweede vragenlijst blijkt echter dat geen enkele vrouw de overstap naar een veiliger contraceptivum heeft gemaakt. Als arts moeten we proberen om onze patiënten **vanuit deze voorbereidingsfase tot actie** aan te zetten. Dit kunnen we doen door op zoek te gaan naar antwoorden op resterende vragen. Bijvoorbeeld: Waarom twijfelt de patiënt nog om over te schakelen naar een langwerkend contraceptivum? Gezien de financiële barrière vaak een rol speelt, is het belangrijk dat de arts zelf de kostprijs van de verschillende methodes ter sprake brengt.

Uit de vragenlijsten blijkt nogmaals dat de betrouwbaarheid van contraceptiva sterk beïnvloed wordt door **gebruikersfouten**. Dit probleem is te verhelpen door anticonceptiemethodes te verkiezen die minder gebruikersafhankelijk zijn (zoals LARC of definitieve methodes). Dit is zeker aangewezen bij de helft van de vrouwen (4/8) die geen kinderwens meer heeft.

Bovendien kan de arts op deze gebruikersfouten anticiperen door aandacht te blijven hebben voor **compliantie**. *(27)* Het herhalingsvoorschrift is hiervoor het uitgelezen moment. Maar let wel op, vrouwen die hun contraceptivum gestaakt hebben, komen niet meer voor een herhalingsvoorschrift. Blijvende waakzaamheid bij alle vruchtbare vrouwen (zonder kinderwens) is dus nodig!

Twee vrouwen lieten reeds meermaals een abortus provocatus uitvoeren. Samen met de gegevens van abortuscentra, waaruit blijkt dat 45% van de vrouwen minstens één vroegere zwangerschaps-onderbreking onderging *(5)*, toont dit dat de nazorg na een abortus provocatus beter kan. Iedere zwangerschapsafbreking zou gevolgd moeten worden door een anticonceptieconsult om de oorzaak van het anticonceptiefalen na te gaan en een nieuwe keuze te maken. Een betere **communicatie tussen abortuscentra en huisartsen**, zou kunnen zorgen voor een betere nazorg (met counseling) en zou misschien recidiverende zwangerschapsafbrekingen kunnen vermijden.

BESLUIT

Over een periode van 1 jaar waren er 31 vrouwen die consulteerden met vrees voor ongeplande zwangerschap. Dit komt neer op een totale incidentie van 23 per 1000 patiëntenjaren in de jaarlijkse contactgroep. Dit cijfer is zeer hoog in vergelijking met de incidentie die beschreven wordt in de Intego-databank, namelijk 0,20 per 1000 patiëntenjaren.

Vrouwen met vrees voor ongeplande zwangerschap gebruikten geen anticonceptie (3/10) of maakten gebruikersfouten (7/10). Zoals de onregelmatige inname van de anticonceptiepil, het vergeten van een condoom of het te laat herhalen van een prikpil.

Bij 4/10 deelnemende vrouwen, schatte de arts de mogelijkheid op zwangerschap groot in. Drie van hen waren ook daadwerkelijk zwanger.

De praktijkvorming heeft bij de artsen geleid tot een grotere alertheid om ‘vrees voor ongeplande zwangerschap’ te registreren en de vrouwen extra te informeren. Artsen zijn zich nu ook meer bewust van de effectiviteit van LARC (met name minder gebruiksfouten, waardoor veiliger).

De deelnemende patiënten rapporteerden minder anticonceptiefalen drie maanden na de vorming. Geen enkele patiënte schakelde echter over naar een ander (veiliger) anticonceptivum.

Dankwoord

Graag bedank ik een aantal mensen die me hebben geholpen bij deze masterproef.

Eerst en vooral wil ik alle patiënten die hebben deelgenomen aan deze studie heel erg bedanken. (Vrees voor) ongeplande zwangerschap is een delicaat thema en voor sommige vrouwen was het ongetwijfeld een grote opgave om de vragenlijst openlijk te beantwoorden.

Ook wil ik mijn promotoren Prof. Dr. Lieve Peremans en Dr. Veronique Verhoeven bedanken voor hun begeleiding, kritische blik en positieve suggesties.

Tot slot dank ik mijn praktijkopleider Dr. Jo Bernagie en mijn collega's Dr. Stefan Morreel, Dr. Veronique Vandermaelen voor hun enthousiaste medewerking aan dit project. Ook de andere collega's van het wijkgezondheidscentrum verdienen een pluim. Dit praktijkproject is het resultaat van het hele team.

Afkortingen

ICPC-2	International Classification of Primary Care - 2e editie. Een classificatie die gebruikt wordt om klachten, symptomen en aandoeningen in de huisartspraktijk te coderen en classificeren.
IUD	Intra-Uterine Device (eng): spiraaltje, kan koper- of hormoonhoudend zijn
LARC	Long-acting reversible contraception (eng): langwerkende reversibele contraceptie-methodes, zoals spiraaltje of onderhuids implant
OAC	Orale anticonceptiva: anticonceptiva die via orale weg worden ingenomen. Dit behelst zowel de oestroprogestagenen (combinatiepil) als de progestagenen (minipil).
RCT	Randomized Controlled Trial (eng): gerandomiseerde, gecontroleerde test. Een type van wetenschappelijk onderzoek dat een interventiegroep vergelijkt met een controlegroep.
WGC	Wijkgezondheidscentrum: een organisatievorm die kwaliteitsvolle, toegankelijke, multidisciplinaire gezondheidszorg wil bieden, en dit bij voorkeur via het systeem van de forfaitaire betaling

Referenties

1. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. Stud Fam Plann. december 2010;41(4):241–50.
2. Buysse A, Caen M, Dewaele A, Enzlin P, Lievens J, T'Sjoen G. Sexpert: sexuele gezondheid in Vlaanderen. 2013;
3. Sensoa v.z.w. Feiten & Cijfers: Abortus in België. maart 2011;
4. Guttmacher Institute. Induced Abortion in the United States [Internet]. 2014 [geciteerd 21 augustus 2014]. Geraadpleegd van: www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.html
5. Todts S. Jaarverslag Dr. Willy PEERS Centrum. 2012.
6. Moreau C, Cleland K, Trussell J. Contraceptive discontinuation attributed to method dissatisfaction in the United States. Contraception. oktober 2007;76(4):267–72.
7. Jones RK, Finer LB, Singh S. Characteristics of US abortion patients. 2008; Geraadpleegd van: nyfamilylife.org
8. Samyn E, Bastiaens H, De Sutter A, Van Royen P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Preconceptieadvies. juni 2008;(37):5.
9. Taylor D, James EA. An evidence-based guideline for unintended pregnancy prevention. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN NAACOG. december 2011;40(6):782–93.
10. Moos M-K. Preconceptional health promotion: progress in changing a prevention paradigm. J Perinat Neonatal Nurs. maart 2004;18(1):2–13.
11. Ewing GB, Selassie AW, Lopez CH, McCutcheon EP. Self-report of delivery of clinical preventive services by U.S. physicians. Comparing specialty, gender, age, setting of practice, and area of practice. Am J Prev Med. juli 1999;17(1):62–72.
12. Levi A, Dau KQ. Meeting the National Health Goal to Reduce Unintended Pregnancy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1 november 2011;40(6):775–81.
13. Xaverius PK, Tenkku LE, Salas J, Morris D. Exploring health by reproductive status: an epidemiological analysis of preconception health. J Womens Health 2002. februari 2009;18(1):49–56.
14. Bellieni CV, Buonocore G. Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. Psychiatry Clin Neurosci. juli 2013;67(5):301–10.
15. Frost JJ, Finer LB, Tapales A. The impact of publicly funded family planning clinic services on unintended pregnancies and government cost savings. J Health Care Poor Underserved. augustus 2008;19(3):778–96.
16. Taylor D, Levi A, Simmonds K, Board of the Society of Family Planning. Reframing unintended pregnancy prevention: a public health model. Contraception. mei 2010;81(5):363–6.
17. Schwarz EB, Parisi S, Fischer G, Handler S, Hess R. Effect of a 'contraceptive vital sign' in primary care: a randomized controlled trial. Contraception. 1 augustus 2010;82(2):214–5.
18. Blumenthal PD, Voedisch A, Gemzell-Danielsson K. Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception. Hum Reprod Update. februari 2011;17(1):121–37.
19. Oddens BJ, Lehert P. Determinants of contraceptive use amog women of reproductive age in Great Britain and Germany. I: demographic factors. J Biosoc Sci. oktober 1997;29(04):415–35.

20. Moos MK, Bartholomew NE, Lohr KN. Counseling in the clinical setting to prevent unintended pregnancy: an evidence-based research agenda. Contraception. februari 2003;67(2):115–32.

21. Oddens BJ. Determinants of contraceptive use amog women of reproductive age in Great Britain and Germany. II: psychological factors. J Biosoc Sci. oktober 1997;29(04):437–70.

22. Branden PS. Contraceptive choice and patient compliance. The health care provider's challenge. J Nurse Midwifery. december 1998;43(6):471–82.

23. Lopez LM, Tolley EE, Grimes DA, Chen M, Stockton LL. Theory-based interventions for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2013;8:CD007249.

24. Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C. Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. BMJ. 27 juni 1998;316(7149):1948–52.

25. Wysocki S. The state of hormonal contraception today: enhancing clinician/patient communications. Am J Obstet Gynecol. 1 oktober 2011;205(4):S18–20.

26. Frost JJ, Darroch JE, Remez L. Improving contraceptive use in the United States. Issues Brief (Alan Guttmacher Inst). 2008;(1):1–8.

27. Rosenberg MJ, Waugh MS. Oral contraceptive discontinuation: a prospective evaluation of frequency and reasons. Am J Obstet Gynecol. september 1998;179(3 Pt 1):577–82.

28. Peremans L, Rethans JJ, Verhoeven V, Coenen S, Debaene L, Meulemans H, e.a. Empowering patients or general practitioners? A randomised clinical trial to improve quality in reproductive health care in Belgium. Eur J Contracept Reprod Health Care. 9 juni 2010;15(4):280–9.

29. Farris KB, Ashwood D, McIntosh J, DiPietro NA, Maderas NM, Landau SC, e.a. Preventing unintended pregnancy: pharmacists' roles in practice and policy via partnerships. J Am Pharm Assoc JAPhA. oktober 2010;50(5):604–12.

30. Speidel JJ, Harper CC, Shields WC. The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy. Contraception. september 2008;78(3):197–200.

31. Woodhams EJ, Gilliam M. In the Clinic. Contraception. Ann Intern Med. 2 oktober 2012;157(7):ITC4–1 – ITC4–15; quiz ITC4–16.

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

33. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, e.a. Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med. 24 mei 2012;366(21):1998–2007.

34. Baldwin MK, Edelman AB. The effect of long-acting reversible contraception on rapid repeat pregnancy in adolescents: a review. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. april 2013;52(4 Suppl):S47–53.

35. Yassin AS, Cordwell D. Does dedicated pre-abortion contraception counselling help to improve post-abortion contraception uptake? J Fam Plann Reprod Health Care. 4 januari 2005;31(2):115–6.

36. Rose SB, Lawton BA, Brown SA. Uptake and adherence to long-acting reversible contraception post-abortion. Contraception. oktober 2010;82(4):345–53.

37. Wellings K, Zhihong Z, Krentel A, Barrett G, Glasier A. Attitudes towards long-acting reversible methods of contraception in general practice in the UK. Contraception. september 2007;76(3):208–14.

38. Foster DG, Hulett D, Bradsberry M, Darney P, Policar M. Number of oral contraceptive pill packages dispensed and subsequent unintended pregnancies. Obstet Gynecol. maart 2011;117(3):566–72.

39. White KO, Westhoff C. The effect of pack supply on oral contraceptive pill continuation: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. september 2011;118(3):615–22.

40. Lopez LM, Newmann SJ, Grimes DA, Nanda K, Schulz KF. Immediate start of hormonal contraceptives for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [geciteerd 19 april 2015]. Geraadpleegd van: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006260.pub3/abstract

41. Levi AJ, Simmonds KE, Taylor D. The Role of Nursing in the Management of Unintended Pregnancy. Nurs Clin North Am. september 2009;44(3):301–14.

42. Simmonds K, Likis FE. Caring for women with unintended pregnancies. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN NAACOG. december 2011;40(6):794–807.

43. Kind en Gezin. Kind in Beeld - Contraceptie [Internet]. Kind en Gezin; 2009 [geciteerd 10 oktober 2014]. Geraadpleegd van: www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/kind-in-beeld-contraceptie

44. Sensoa v.z.w. Sensoa – anticonceptiefiches [Internet]. 2007. Geraadpleegd van: https://www.wuala.com/Sensoa/Anticonceptiefiches?key=d6kbaUTTRiI9

45. Department of general practice, KU Leuven. Intego-project. [Internet]. 2011 [geciteerd 10 oktober 2014]. Geraadpleegd van: http://intego.be/nl/Welkom

46. Picavet C. Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. Tijdschr Voor Seksuol. 2012;121–8.

47. Lodewijckx E. Turkse en Marokkaanse vrouwen : gezinsplanning in Vlaanderen en Brussel en in de herkomstlanden. 1994;53–78.

48. Hendrickx K, Lodewijckx E, Deceulaer C, Swiggers L. Natuurlijk moet je iets doen om niet zwanger te worden! Marokkaanse vrouwen in Vlaanderen en Brussel. Wetenschappelijke vereniging van Vlaamse huisartsen; 1997. 56 p.

49. Hendrickx K, Lodewijckx E, Van Royen P, Denekens J. Sexual behaviour of second generation Moroccan immigrants balancing between traditional attitudes and safe sex. Patient Educ Couns. 1 juni 2002;47(2):89–94.

50. Peremans L, Rethans JJ, Verhoeven V, Debaene L, Van Royen P, Denekens J. Adolescents demanding a good contraceptive: a study with standardized patients in general practices. Contraception. juni 2005;71(6):421–5.

Bijlages

1. Vragenlijst 1 (afgenomen bij aanvang van de studie)

DEEL A (in te vullen samen met patiënte)

SOCIODEMOGRAFISCHE KENMERKEN

1. Leeftijd? …… jaar
2. Afkomst?.....
3. Hoelang woon je al in België?
   a. Sinds geboorte
   b. <1j
   c. 1-5j
   d. 5-10j
   e. >10j
4. Moedertaal
   f. Nederlands
   g. Engels
   h. Frans
   i. Andere……
5. Levensbeschouwelijke opvatting
   j. Katholiek
   k. Vrijzinnig
   l. Joods
   m. Islamitisch
   n. Andere……

OBSTETRISCHE KENMERKEN

1. G: Ooit al zwangerschappen gehad?
6. P: Hoeveel levendgeboren kindjes?
7. A: Ooit al spontane abortussen gehad?
8. AP: Ooit al geprovoceerde abortussen gehad?
9. Normale cyclusduur?

WAARSCHIJNLIJKHEID VAN ONGEPLANDE ZWANGERSCHAP

2. Laatste menses
   a. <1 cyclus geleden
   b. 1w 'over tijd'
   c. 2w 'over tijd'
   d. 3w 'over tijd'
   e. 4w 'over tijd'
   f. >4w 'over tijd'

3. Gebruikte anticonceptiva (je mag meerdere antwoorden aanvinken)
   a. Hormoonspiraal
   b. Koperspiraal
   c. Combinatiepil
   d. Minipil
   e. Prikpil
   f. Anticonceptiepleister
   g. Vaginale ring
   h. Condoom
   i. Periodieke onthouding
      i. Kalendermethode
      ii. Lichaamstemp.
      iii. Slijmobservatie
   j. Coïtus interruptus
   k. Geen anticonceptie

4. Ken je de noodpil of morning-afterpil?
   a. Ja. Ooit al gebruikt? Ja / nee
   b. Nee

5. Zo geen anticonceptie, waarom niet?
   a. Te duur
   b. Religie laat het niet toe
   c. Traditie laat het niet toe
   d. Al iets geprobeerd, maar er niet tevreden over
   e. Geen tijd voor een voorschrift
   f. Te beschaamd voor een voorschrift
   g. Andere……..

6. Anticonceptiva failure? + Waarom
   a. Na zwangerschap geen anticonceptiva gestart
      i. Dacht dat borstvoeding voldoende beschermde
      ii. Vergeten
      iii. Andere:……
   b. Pil vergeten nemen
      i. Verstrooid
      ii. Dacht dat ze nog niet ingenomen moest worden
      iii. Bewust niet genomen, want……
      iv. Andere:……
   c. Prikpil vergeten toedienen

d. Condoom niet gebruikt
   i. Verstrooid
   ii. Dacht dat ze nog niet ingenomen moest worden
   iii. Bewust niet genomen, want……
   iv. Andere:……
e. Klapcondoom gehad

7. Zo ja bij 3. Hoe vaak gebeurt dit anticonceptiva failure?
   a. <1x/jaar
   b. <1x/3m
   c. <1x/m
   d. 1x/m
   e. 1-3x/m
   f. Wekelijks
   g. Meerdere malen per week

8. Ooit andere anticonceptiva gebruikt?
   a. Nee, nooit
   b. Hormoonspiraal
   c. Koperspiraal
   d. Pil oraal
   e. Prikpil
   f. Condoom

9. Interesse om te switchen naar ander anticonceptivum?
   a. Ja
   b. Nee

10. Zo ja bij 8. Welk?
   a. Hormoonspiraal
   b. Koperspiraal
   c. Pil oraal
   d. Prikpil
   e. Condoom

11. Zo nee bij 8. Waarom niet?

ONDERLIGGENDE GEVOELENS / GEDACHTEN

1. Zit je in een vaste relatie?
2. Hoelang ben je al samen met huidige seksuele partner?
3. Heb je al kinderen met huidige seksuele partner?
4. Wil je ooit kinderen met je huidige seksuele partner?
5. Wil je abortus laten uitvoeren moest het een zwangerschap zijn?
6. Zo nee bij 5. Waarom niet?
   a. Te duur
   b. Medisch risico
   c. Druk van omgeving (partner, ouders…) om het te houden
   d. Religie laat het niet toe
   e. Traditie laat het niet toe

DEEL B (achteraf in te vullen door de arts)

1. Hoe groot schatte je de kans dat deze patiënte zwanger was?
   a. Onmogelijk
   b. Mogelijk maar kleine kans
   c. Mogelijk en grote kans
   d. Zeer waarschijnlijk
2. Was de patiënte zwanger?
   a. Ja
      i. Ongewenst
      ii. Gewenst
   b. Nee
3. Zo ja en ongewenst. Werd patiënte doorverwezen naar abortuscentrum?
   a. Ja
   b. Nee, patiënt weigerde wegens….
4. Wat is volgens jou het belangrijkste hiaat bij deze patiënt?
   a. Gebrek aan kennis over anticonceptie
      i. Wat bij vergeten pil?
      ii. Wat bij nausea en braken?
      iii. Kent bestaan van noodanticonceptie niet
   b. Te lage scholingsgraad
   c. Schat zwangerschapsrisico te laag in
   d. Gebrek aan structuur, te verstrooid voor kortwerkende anticonceptiva
   e. Gebruikt geen anticonceptiva omwille van religieuze overtuiging
   f. Gebruikt geen anticonceptiva omwille van traditie (druk van ouders, familie)
   g. Gebruikt geen anticonceptiva omdat partner dit niet wil
   h. Andere:……

2. Codeboek vragenlijst 1

A. Volg_nr (patiëntennummer) numeriek

B. Geb_dt (geboortedatum) datumnotatie

C. Lftd (leeftijd) numeriek (in jaren)

D. Nat (nationaliteit)

1: België
2: Nigeria
3: Congo
4: Marokko
5: Somalië

E. Nat_groep (www.who.int/about/regions/en/index.html)

0: ongekend
1: Afrika (Sub Sahara)
2: Amerika
3: Zuid-Oost Azië
4: Europa
5:Eastern Mediterranean
6: Western Pacific

F. BE (Hoelang al in België)

0: sinds geboorte
1: <1j
2: 1-5j
3: 5-10j
4: >10j

G. Taal (moedertaal):

0: Andere
1: Nederlands
2: Engels
3: Frans

H. Geloof (levensbeschouwelijke opvatting):

0: Andere
1: katholiek
2: vrijzinnig
3: joods
4: islamitisch

I. G (aantal zwangerschappen) numeriek

J. P (aantal levendgeboren kindjes) numeriek

K. A (aantal spontane abortussen) numeriek

L. AP (aantal geprovoceerde abortussen) numeriek

M. Cyclus (normale cyclusduur (dagen)) numeriek

0: niet gekend (AC)
99: onregelmatig

N. Menses (laatste menses)

0: <1 cyclus geleden
1: 1w 'over tijd'
2: 2w 'over tijd'
3: 3w 'over tijd'
4: 4w 'over tijd'
5: >4w 'over tijd'

O. AC (welke anticonceptie)

0: geen anticonceptie
1: hormoonspiraal
2: koperspiraal
3: combinatiepil
4: minipil
5: prikpil
6: anticonceptiepleister
7: vaginale ring
8: condoom
9: periodieke onthouding
10: coïtus interruptus

P. Nood_AC (ken je de noodpil / morning after pil):

0: Nee
1: Ja, ooit al gebruikt
2: Ja, nog nooit gebruikt

Q. Geen_AC (waarom gebruik je geen anticonceptie):

99: niet van toepassing
0: andere
1: te duur
2: religie laat het niet toe
3: traditie laat het niet toe
4: ontevreden over AC
5: geen tijd
6: te beschaamd
7: ouders weten niet dat ik seksueel actief ben

R. Failure (waarom anticonceptie failure):

99: ntvt
1: financiële drempel
2: na ZS geen AC gestart
3: pil vergeten
4: prikpil vergeten
5: condoom vergeten
6: klapcondoom gehad
7: braken/diarree en pil

S. Failure_freq (hoevaak gebeurt dit AC failure):

99: nvt
0: nooit
1: <1x/j
2: <1x/3m
3: <1x/m
4: 1x/m
5: 1-3x/m
6: wekelijks
7: meerdere malen / week

T. Ooit_AC (ooit andere anticonceptiva gebruikt)

0: nee, nooit
1: hormoonspiraal
2: koperspiraal
3: pil oraal
4: prikpil
5: condoom

U. Switch (interesse om te switchen naar ander AC):

99: nvt (zwanger)
0: Nee
1: Ja

V. Switch_wat (zoja, welk)

99: nvt
1: hormoonspiraal
2: koperspiraal
3: pil oraal
4: prikpil
5: condoom
6: staafje
10: ik weet het nog niet

W. Switch_niet (zonee, waarom niet)

99: nvt
0: tevreden met huidig middel
1: slechte ervaring prikpil

X. Relat (zit je in een vaste relatie)

0: nee
1: ja

Y. Relat_duur (hoelang relatie met huidige seksuele partner, in jaren) numeriek

Z. Relat_kind (heb je al kinderen met je huidige partner)

0: nee
1: ja

AA. Relat_kindwens (heb je een kinderwens met je huidige partner)

0: nee
1: ja

AB. Abortus (zou je abortus laten uitvoeren moest je zwanger zijn)

0: nee
1: ja

AC. Abortus_niet (zonee, waarom niet)

99: nvt
1: te duur
2: medisch risico
3: druk omgeving (ouders, partner) om kind te houden
4: religie laat het niet toe
5: traditie laat het niet toe

AD. Dr_ZS _kans (hoe groot schat arts zwangerschapskans in)

0: onmogelijk
1: mogelijk maar kleine kans
2: mogelijk en grote kans
3: zeer waarschijnlijk

AE. Dr_ZS (was de patiënte zwanger)

0: nee
1: ja

AF. Dr_Abortus (werd patiënte verwezen voor abortus)

99: nvt
0: nee
1: ja

AG. Dr_hiaat (wat is volgens jou het hiaat bij deze patiënte)

1: gebrek aan kennis
2: te lage scholingsgraad
3: schat ZS risico te laag in
4: gebrek aan structuur
5: religieuze overtuiging
6: traditie (ouders, familie)
7: partner
8: andere

3. Vragenlijst 2 (afgenomen 3 maanden na het eerste contact)

1. Ben je door het incident van de 'ongeplande zwangerschap' van anticonceptivum veranderd?
    a. Ja
    b. Nee

2. Zo ja, gebruikte anticonceptiva

VOOR INCIDENT

a. Hormoonspiraal
b. Koperspiraal
c. Combinatiepil
d. Minipil
e. Prikpil
f. Anticonceptiepleister
g. Vaginale ring
h. Condoom
i. Periodieke onthouding
    i. Kalendermethoden
    ii. Lichaamstemperatuur
    iii. Slijmobservatie
j. Coïtus interruptus
k. Geen anticonceptie

NA INCIDENT

a. Hormoonspiraal
b. Koperspiraal
c. Combinatiepil
d. Minipil
e. Prikpil
f. Anticonceptiepleister
g. Vaginale ring
h. Condoom
i. Periodieke onthouding
    i. Kalendermethoden
    ii. Lichaamstemperatuur
    iii. Slijmobservatie
j. Coïtus interruptus
k. Geen anticonceptie

3. Zo nee, gebruikte anticonceptiva

a. Hormoonspiraal
b. Koperspiraal
c. Combinatiepil
d. Minipil
e. Prikpil
f. Anticonceptiepleister
g. Vaginale ring
h. Condoom
i. Periodieke onthouding
    i. Kalendermethoden
    ii. Lichaamstemperatuur
    iii. Slijmobservatie
j. Coïtus interruptus
k. Geen anticonceptie

Waarom ben je niet veranderd?

a. Volgens mij heb ik de beste methode
b. Andere methodes zijn te duur
c. Religie laat het niet toe
d. Traditie laat het niet toe
e. Al iets geprobeerd, maar niet tevreden
    i. Wat?
    ii. Ontevreden omdat……..
f. Geen tijd voor een voorschrift
g. Te beschaamd voor een voorschrift
h. Andere……..

4. Hoe vaak had je de voorbije 3 maanden anticonceptiva failure?
    a. <1x/3m
    b. <1x/m
    c. 1x/m
    d. 1-3x/m
    e. Wekelijks
    f. Meerdere malen per week

4. Codeboek vragenlijst 2

AH. Switch (ben je van anticonceptivum veranderd?)

0: nee
1: ja

AI. Zo ja, AC (welke anticonceptie voor incident)

99: nvt
0: geen anticonceptie
1: hormoonspiraal
2: koperspiraal
3: combinatiepil
4: minipil
5: prikpil
6: anticonceptiepleister
7: vaginale ring
8: condoom
9: periodieke onthouding
10: coïtus interruptus

AJ. Zo ja, AC (welke anticonceptie na incident)

99: nvt
0: geen anticonceptie
1: hormoonspiraal
2: koperspiraal
3: combinatiepil
4: minipil
5: prikpil
6: anticonceptiepleister
7: vaginale ring
8: condoom
9: periodieke onthouding
10: coïtus interruptus

AK. Zo nee, AC (welke anticonceptie)

99: nvt
0: geen anticonceptie
1: hormoonspiraal
2: koperspiraal
3: combinatiepil
4: minipil
5: prikpil
6: anticonceptiepleister
7: vaginale ring
8: condoom
9: periodieke onthouding
10: coïtus interruptus

AL. Waarom ben je niet veranderd?

99: niet van toepassing
0: andere
1: ik heb de beste methode
2: andere methodes zijn te duur
3: religie laat het niet toe
4: traditie laat het niet toe
5: al iets geprobeerd maar was er niet tevreden over
6: geen tijd voor een voorschrift
7: te beschaamd voor een voorschrift

AM. Failure_freq (hoevaak gebeurde AC failure in de laatste 3m):

99: nvt
0: nooit
1: <1x/j
2: <1x/3m
3: <1x/m
4: 1x/m
5: 1-3x/m
6: wekelijks
7: meerdere malen / week

INFORMATIEFORMULIER

Beste mevrouw,

in het kader van mijn master-na-masteropleiding huisartsgeneeskunde doe ik een onderzoek naar ongeplande zwangerschappen in de huisartsenpraktijk. Dit onderzoek gebeurt onder toezicht van de Universiteit Antwerpen, in de periode van 1 mei tot april 2014.
Met deze studie probeer ik na te gaan waarom vrouwen ons consulteren met 'vrees voor ongeplande zwangerschap'. Want als we weten welke factoren geassocieerd zijn aan foutief of geen gebruik van anticonceptiva, kunnen we hier als huisartsen misschien beter op anticiperen. Samen met de collega's willen we proberen om onze vrouwelijke patiënten beter te infomeren, zodat ze zich kunnen beschermen tegen een ongeplande zwangerschap.

U komt in aanmerking voor deze studie, gezien u één van de huisartsen geconsulteerd hebt met een vraag rond een mogelijke zwangerschap die ongepland zou zijn.
Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek, zal de arts bij u een kleine vragenlijst afnemen. Dit zal ongeveer 10 minuten duren. Het is voor ons erg belangrijk dat u zo eerlijk mogelijk de vragen beantwoordt. Wij garanderen u dat de vragenlijsten volstrekt anoniem en vertrouwelijk zullen verwerkt worden.
U krijgt ook meteen een nieuwe afspraak. Op deze afspraak zal een arts samen met iemand van het preventieteam een informatiesessie geven over anticonceptie. Hierdoor zal u zich beter kunnen beschermen tegen ongeplande zwangerschap.
Over 3 maanden zal u opnieuw worden uitgenodigd door de artsen. We gaan dan, opnieuw aan de hand van een vragenlijst, samen met u bekijken hoe uw anticonceptiegebruik dan verloopt.

Er zijn geen risico's verbonden aan dit onderzoek. Uw deelname is volledig vrijwillig, dit wil zeggen dat u op ieder moment kunt stoppen met de studie, zonder dat dit enige gevolgen voor u heeft. Deelname aan de studie brengt geen directe therapeutische voordelen met zich meebrengen.

Als u nog bijkomende vragen heeft, mag u deze altijd stellen aan een van de artsen.
Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met vriendelijke groeten,
Dr. Liesbeth Aerts

TOESTEMMING TOT DEELNAME

Onderzoekstitel:

Dokter, ik ben toch niet zwanger?

Ongeplande zwangerschap in de huisartsenpraktijk; prevalentie, factoren geassocieerd aan foutief anticonceptiegebruik en mogelijkheden om hier als huisarts op te anticiperen.

Toestemming tot deelname:

- Ik bevestig dat ik alle informatie over deze studie heb gekregen via het informatieformulier in bijlage.
- Ik heb de kans gehad om mondelinge uitleg van de verantwoordelijke arts te krijgen. Hij/zij heeft mij voldoende antwoord gegeven op al mijn vragen.
- Ik ben er mij van bewust dat de gegevens verzameld tijdens deze studie, vertrouwelijk zijn.
- Ik geef de toestemming aan de arts om de anonieme gegevens te gebruiken voor analyse en rapportage.
- Ik begrijp dat ik het recht heb om mijn gegevens in te kijken en veranderingen te vragen indien nodig.

Arts/onderzoeker:	Deelnemer:
Datum:	Datum:
Handtekening:	Handtekening:

6. Studieprotocol

Onderzoeksproject in het kader van de master-na-master huisartsgeneeskunde

Onderzoekstitel: Dokter, ik ben toch niet zwanger?
Ongeplande zwangerschap in de huisartsenpraktijk; incidentie, factoren geassocieerd aan foutief anticonceptiegebruik en mogelijkheden om hier als huisarts op te anticiperen.

STUDIECENTRA:

WGC 't Spoor (wijkgezondheidscentrum)

Dr. Liesbeth Aerts (huisarts in opleiding)
Dr. Jo Bernagie (praktijkopleider)
Dr. Stefan Morreel
Dr. Veronique Vandermaelen

Guldensporenstraat 84
2140 Borgerhout
Tel. 03/217.21.10
Fax. 03/667.70.18
www.wgctspoor.be

Universiteit Antwerpen (centrum voor huisartsgeneeskunde, vakgroep ELIZA)

Dr. Veronique Verhoeven
(docent, praktijkassistent, postdoc navorser)
Dr. Lieve Peremans
(docent, praktijkassistent, gastprofessor)

CDE gebouw R, R3.07
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk
Tel. 03/265.25.29
Fax. 03/265.25.26

INLEIDING

Probleem:

In mijn opleidingspraktijk stelt men vast dat er veel vrouwen consulteren met de vraag 'dokter, ik ben toch niet zwanger?'. Vanuit deze vaststelling zijn we gestart met een (visgraat)analyse van het probleem. Het leek ons interessant om op basis van deze analyse een kwaliteitsverbeterend project te starten.
Deze studie beoogt een beter inzicht te krijgen in de redenen van angst voor een ongeplande zwangerschap. Met deze kennis kunnen we als huisartsen hopelijk beter anticiperen op het probleem en zo het aantal ongeplande zwangerschappen in onze populatie doen afnemen.

Context:

Epidemiologie: Ongeplande zwangerschap vormt een significant gezondheidsprobleem. In 2008 was 41% van de zwangerschappen wereldwijd ongepland. Hiervan resulteerde 48% in zwangerschaps-afbreking en 13% in een spontane miskraam. *[1]*
Ook in Vlaanderen is ongeplande zwangerschap een veel voorkomende realiteit. Een recente bevolkingsstudie (2011) toonde dat één op vier zwangerschappen (24,8%) als niet gepland wordt beschouwd. Maar ongepland is niet altijd ongewenst. In meer dan de helft (67,7%) van de ongeplande zwangerschappen, wordt deze nadien toch positief ervaren. Eén op de 20 zwangerschappen (5,3%) wordt bewust afgebroken. *[2]* Bijna de helft (44,9 %) van de patiënten die een abortus laten uitvoeren had al een eerdere ingreep. [3]

In onze populatie: De vrouwen die de grootste kans hebben op een ongeplande zwangerschap zijn jong, arm en behoren tot een minderheid. Dat blijkt ook uit de jaarverslagen van ziekenhuizen en abortuscentra die melden dat een groot aantal allochtone vrouwen, illegalen en asielzoeksters weinig of geen kennis van anticonceptie heeft. De specifieke populatie van een wijkgezondheidscentrum, met een groot aantal patiënten van niet-Belgische afkomst en relatief veel mensen zonder papieren, heeft bijgevolg een hoger risico op ongeplande zwangerschap. *[3,4]*

Preventie van een ongeplande zwangerschap: Uit verschillende onderzoeken blijkt dat ongeplande zwangerschappen hoofdzakelijk het gevolg zijn van niet of verkeerd contraceptiegebruik. Verschillende sociodemografische kenmerken maken een vrouw kwetsbaarder voor het falen van anticonceptie. Vooral de leeftijd is hierbij een belangrijke factor: jonge vrouwen zijn vruchtbaarder en mogelijk minder therapietrouw. *[5]*
De meest effectieve contraceptiemethodes zijn langwerkende anticonceptie (LAC, zoals intra-uteriene contraceptie of een subdermaal implant) en sterilisatie, zij hebben een faalpercentage van

minder dan 1%. Andere hormonale middelen (zoals de pil, patch, prikpil, vaginale ring) hebben een hoger faalpercentage (tot 10%) door gebruikersfouten. *[1,5–8]* Als een 'real-world' test wordt gedaan, blijken LAC methodes twintigmaal effectiever in het voorkomen van ongeplande zwangerschappen (HRadj=21,8, 95%CI 13,7-34,9). *[7]*

Anticonceptie: De pil is de meest gebruikte methode van anticonceptie in Vlaanderen. Ze wordt ingenomen door de helft van de seksueel actieve vrouwen. Jonge vrouwen (14 tot 17 jaar) gebruiken bijna uitsluitend de pil. Het hormonale spiraaltje wordt vaker gebruikt vanaf 30 jaar. *[2]* Als we kijken naar de cijfers van de vrouwen die zich aanmelden een Antwerps abortuscentrum, blijkt dat de helft (44,7%) geen contraceptivum gebruikt had. Bij diegenen die dat wel gedaan hadden, ging het vooral om het falen van orale contraceptie (29,8%) en condoomgebruik (13,7%). *[3]*
Bijna alle bevraagde vrouwen in de Vlaamse Sexpert enquête, weet wat de morning-afterpil is. Ongeveer een kwart van deze vrouwen heeft ze al minstens één keer gebruikt. *[2]*

'Undesired pregnancy is a preventable health problem, and use of contraception is a preventive health measure.' *[8]*

DOEL EN ONDERZOEKSVRAGEN

DOEL A: Observationeel onderzoek

1. Wat is de incidentie van 'vrees voor ongeplande zwangerschap' in onze praktijk?
2. Waarom hebben patiëntes angst voor een mogelijke zwangerschap? Wat ging er mis; reden voor foutief of geen contraceptiegebruik?

DOEL B: Praktijk verbeterend project

3. Heeft een praktijkvorming effect op de zelf gerapporteerde anticonceptive failure?

STUDIEDUUR

Vijf maanden; vanaf goedkeuring van het ethisch comité (01/04/2014) tot 31/08/2014

STUDIEPOPULATIE

Aantal vrouwen

In onze praktijk zijn er 709 vrouwen in de leeftijdscategorie van 15 tot 40 jaar. Alle vrouwen die tijdens de studieperiode consulteren met vrees voor ongeplande zwangerschap zullen geïncludeerd worden

Sociodemografische kenmerken

Als inclusiecriteria nemen we alle vrouwen vanaf 15 jaar, op deze leeftijd heeft reeds 1 op 4 jongvolwassenen ervaring met geslachtsgemeenschap. *[2]* De bovengrens van 40 jaar werd vastgelegd op basis van cijfers die aantonen dat de groep 40-plussers met een ongeplande zwangerschappen zeer klein is. *[2, 4]*
De specifieke populatie van een wijkgezondheidscentrum, met een groot aantal patiënten van niet-Belgische herkomst en relatief veel mensen zonder papieren

WERKWIJZE

Onderzoekers

De vragenlijsten zullen worden afgenomen door de arts bij wie de vrouw consulteert. Dit kunnen zijn: de haio (Liesbeth Aerts), de praktijkopleider (Jo Bernagie) en ook de collega-huisartsen (Veronique Vandermaelen, Stefan Morreel).
De vragenlijsten werden gebaseerd op eerdere masterproeven over seksuele gezondheid. *[10,11]*

OBSERVATIONEEL ONDERZOEK

Eerste gesprek

Bij alle vrouwen wordt er bij aanvang een vragenlijst ingevuld. Deze zal bij voorkeur worden afgenomen tijdens het eerste consult. Echter, indien een vrouw consulteert met meerdere vragen, zal ze uitgenodigd worden om een nieuwe afspraak te maken voor de vragenlijst.

PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT

Interventie = individuele vorming

De vrouwen krijgen vervolgens een individuele vorming aangeboden, waarbij ze geïnformeerd worden over de verschillende vormen van anticonceptie. Dit kan een videofragment zijn, een infosessie met demonstratiemateriaal, een presentatie… De vorming moet de vrouwen in staat stellen om bewuster een anticonceptiekeuze te maken.

Evaluatiegesprek

Drie maanden na hun eerste contact, worden de vrouwen telefonisch uitgenodigd om opnieuw een afspraak te maken. Tijdens deze vervolgafspraak zal een vragenlijst worden afgenomen die nagaat of de interventie heeft geloond.

VERWERKING VAN DE RESULTATEN

Voor het observationeel onderzoek, zal gebruik gemaakt worden van het softwareprogramma Clinidoc (Corilus). Hiermee kunnen patiëntencontacten eenvoudig worden geregistreerd en gecodeerd. Van alle deelneemsters wordt een vragenlijst afgenomen. De data zullen gecodeerd verwerkt worden met Microsoft Office Excel (versie 2007).

OBSERVATIONEEL ONDERZOEK

1/ Wat is de incidentie van 'vrees voor ongeplande zwangerschap' in onze praktijk?

Alle patiënten die zich aanmelden met de vraag 'dokter, ik ben toch niet zwanger', zullen systematisch gecodeerd worden in het elektronisch medisch dossier. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de codering **'W02 - angst zwanger te zijn'** volgens de International Classification of Primary Care (ICPC).
Alle vrouwen die vrezen voor een ongeplande zwangerschap, zullen gecodeerd worden als W02. Dit is onafhankelijk van de waarschijnlijkheid van zwangerschap of de gevoelens hieromtrent (gewenst/ongewenst). Het is niet nodig dat de hulpvraag de contactreden is, het kan dat ook zijn dat de patiënt deze vraag stelt via een omweg (de zogenaamde vraag achter de vraag).
Als noemer wordt gebruikt gemaakt van de contactgroep, dit zijn de vrouwen van 15 tot 40 jaar die tijdens de studieperiode een arts consulteerde.

De incidentie is dan = $\frac{\#\text{ vrees voor zwangerschap}}{\#\text{ contactgroep}}$.

en dit voor een bepaalde periode (studieduur) in de populatie vrouwen van 15 tot 40 jaar.

2/ Waarom hebben patiëntes angst voor een mogelijke zwangerschap? Wat ging er mis; reden voor foutief of geen anticonceptiegebruik?

Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord worden aan de hand van vragenlijst 1. De vragenlijst bestaat uit 2 delen:
Deel A (ingevuld door patiënte samen met arts) bevraagt de sociodemografische en obstetrische kenmerken van de patiënte, maakt een inschatting van de waarschijnlijkheid van zwangerschap en bevraagt de onderliggende gevoelens en gedachten.
Deel B wordt na de consultatie ingevuld door de behandelende arts. Hier wordt bevraagd hoe groot de arts de waarschijnlijkheid van ongeplande zwangerschap schatte, wat de uitkomst van zwangerschapstest was en hoe de arts het toekomstig risico op ongeplande zwangerschap inschat.

PRAKTIJKVERBETEREND PROJECT

3/ Heeft een praktijkvorming effect op de zelf gerapporteerde anticonceptive failure?

Om dit te onderzoeken, zal er gekeken worden naar de 'anticonceptive failure'. Hieronder wordt verstaan; foutief gebruik (pil niet dagelijks gebruikt, pil niet herstart na 7d stopweek, condoom onjuist aangebracht), inconsistent gebruik (pil vergeten of barrièremethode niet consequent toegepast), falen van methode (klapcondoom).
Beide vragenlijsten (voor en na de interventie) bevragen bovenstaande elementen. Bovendien wordt er bevraagd of de vrouwen zijn veranderd van anticonceptiemethode. Door te bevragen hoe vaak de laatste 3 maanden 'anticonceptive failure' plaatsvond en door na te gaan of de vrouwen zijn

overgeschakeld naar een meer betrouwbare vorm van anticonceptie, kan het effect van vorming ingeschat worden.

INCLUSIECRITERIA

De studie zal vrouwen includeren die 15 tot 40 jaar oud zijn.
Vrouwen die mondeling voor schriftelijke toestemming hebben gegeven na het 'informed consent', kunnen geïncludeerd worden in de studie.

EXCLUSIECRITERIA

Er zijn geen exclusiecriteria aan de studie verbonden.

ETHISCHE COMMISSIE

De studie zal worden uitgevoerd volgens 'Good medical practice' zoals vastgelegd in de richtlijnen van ICH/GCP en in de Verklaring van Helsinki van 1996. De studie zal worden voorgelegd aan de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen.
Geschreven goedkeuring van de betreffende commissie moet in het bezit zijn van de onderzoekers alvorens de studie start. Deze goedkeuring moet verwijzen naar de juiste versie van het protocol (nummer en titel) met identificatie van de ingediende documenten en de ingediende datum.
De ethische commissie moet op de hoogte gebracht worden van elke verandering die wordt aangebracht in het protocol aangaande amendementen, verandering in informed consent, revisie van documenten, nieuwe informatie die de veiligheid van de deelnemers kan beïnvloeden, veranderingen in het protocol wanneer de studie ten einde is.

INFORMED CONSENT

Toestemming tot deelname aan de studie zal schriftelijke toestemming worden gevraagd.
Mondelinge of schriftelijke weigering wordt bij elke vrouw in het dossier genoteerd.

Bijlage 1:

Vragenlijst 1, af te nemen bij aanvang van de studie.

Bijlage 2

Vragenlijst 2, af te nemen 3 maanden na het eerste contact.

Referenties

1. Singh S, Sedgh G, Hussain R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. Stud Fam Plann. december 2010;41(4):241–50.
2. Buysse A, Caen M, Dewaele A, Enzlin P, Lievens J, T'Sjoen G. Sexpert: sexuele gezondheid in Vlaanderen. 2013;
3. Todts S. Jaarverslag Dr. Willy PEERS Centrum. 2012.
4. Sensoa v.z.w. Feiten & Cijfers: Abortus in België. maart 2011;
5. Woodhams EJ, Gilliam M. In the Clinic. Contraception. Ann Intern Med. 2 oktober 2012;157(7):ITC4–1–ITC4–15; quiz ITC4–16.
6. Black KI, Gupta S, Rassi A, Kubba A. Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. augustus 2010;24(4):443–55.
7. Baldwin MK, Edelman AB. The effect of long-acting reversible contraception on rapid repeat pregnancy in adolescents: a review. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. april 2013;52(4 Suppl):S47–53.
8. Secura G. Long-acting reversible contraception: a practical solution to reduce unintended pregnancy. Minerva Ginecol. juni 2013;65(3):271–7.
9. Woodhams EJ, Gilliam M. In the Clinic. Contraception. Ann Intern Med. 2 oktober 2012;157(7):ITC4–1–ITC4–15; quiz ITC4–16.
10. Aerts L, Van Goethem A, Leurdian E, Van Damme P, Cornelissen T. Prevalentie van hoog risico humaan papillomavirus en distributie van genotyypes bij vrouwelijke sekswerkers in Antwerpen. 2013.
11. Waez N, Vandevoorde J, Vansintejan J. Kennis van orale anticonceptie bij vrouwelijke VUB-studenten. 2011.

7. Toestemming ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00 / Fax +32 3 829 05 20
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. V. VERHOEVEN
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Dokter, ik ben toch niet zwanger?
Ongeplande zwangerschap in de huisartsenpraktijk; incidentie, factoren geassocieerd aan foutief anticonceptiegebruik en mogelijkheden om hier als huisarts op te anticiperen. (master-na-master Liesbeth Aerts)

Belgisch Registratienummer: B300201421067

5/05/2014	14/16/197	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 5/05/2014 .

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Informatie- en toestemmingsformulier NL versie 26/03/2014
- Protocol versie 26/03/2014
- CV onderzoeker Dr. Liesbeth Aerts

De volgende opmerkingen werden nog gemaakt:

1) Gelieve in het informatie- en toestemmingsformulier te vermelden dat deelnemer het recht heeft zijn deelname aan de studie te allen tijde stop te zetten.
2) De studieperiode van 4 maanden (t.e.m. 08/2014) is mogelijk te kort voor het includeren van 709 vrouwen in de leeftijdscategorie van 15 tot 40 jaar.

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. L. AERTS, Universiteit Antwerpen - Master Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. S. COENEN, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk

8. Praktijkrichtlijn

PRIMAIRE PREVENTIE: patiënte is niet zwanger

COUNSELING

- *Langwerkende reversibele contraceptiva (LARC) zijn bewezen effectiever dan orale contraceptiva. In de groep van LARC zijn hormonale middelen (hormoonspiraal, prikpil en implantaat) effectiever dan het koperspiraal.*
- *Wanneer gekozen wordt voor een kortwerkend contraceptivum, kunnen ongeplande zwangerschappen voorkomen worden door een voldoende aantal verpakkingen voor te schrijven. Overweeg ook de 'quick start' methode.*
- *In onze studie had slechts 2 van de 10 vrouwen ooit al van noodanticonceptie gehoord, beiden hadden dit ook al gebruikt. Zeker een aandachtspunt bij het anticonceptieconsult!!*

⇨ **Bij wie?** iedere vrouw van reproductieve leeftijd
⇨ **Goede insteek:** pilvoorschrift, uitstrijkje, vragen rond anticonceptie, soa-screening, vrees voor zwangerschap, postpartum, consultatie pasgeboren zuigeling, preventieconsult…

⇨ **3 vragen:**
1. Zou je kinderen willen hebben. En zo ja, hoeveel?
2. Hoelang wil je wachten alvorens (opnieuw) zwanger te worden?
3. Wat wil je zelf doen om een zwangerschap tot dan uit te stellen?

⇨ **Materiaal:**
- *Folder Kind in Beeld – Contraceptie*
- *Demonstratiekoffer contraceptie*

⇨ **Op het einde van de consultatie:**
- Vrouw laten parafraseren wat er besproken werd.
- *Anticonceptiefiches (Sensoa)* ! Fiche noodanticonceptie
- *Fiche: 'vergeten pil', correcte pilinname*

ⓘ **Aandacht voor barrières van de patiënt > ICE** ! (fabels over anticonceptie, schroom, financiële drempel, geloofsovertuiging, adviezen van omgeving, partner, onregelmatig leven...)

ⓘ **Aanmoedigen tot LARC indien** hoge failure frequentie, geen kinderwens meer, lang wachten alvorens nieuwe zwangerschap (afhankelijk van de wensen van de patiënt)

OPVOLGING THERAPIETROUW

*Na één jaar stopt **1 op 4 vrouwen** tijdelijk hun anticonceptiva en **2 op 5** gebruikt de anticonceptiva inconsistent.*

⇨ **Bij wie?** iedere vrouw die anticonceptiva zou moeten gebruiken. (zie 4 vragen)
⇨ **Systematisch te bevragen** bij voorschrijven van anticonceptie!

ⓘ Belangrijk is dat tijdens counseling de **mogelijke nevenwerkingen** van de gekozen methode worden besproken, waarbij benadrukt wordt dat de meeste van voorbijgaande aard zijn.

ⓘ Best wordt er, bij de start van een nieuw contraceptivum, **na drie maanden een follow-up** visite voorzien voor de opvolging van de tevredenheid en de therapietrouw.

REGISTRATIE EMD :

⇨ **'W02 - vrees voor zwangerschap'**: antecedent
⇨ **'anticonceptie', specificeer dewelke**: actieve ziekte
⇨ **'advies/voorlichting ivm anticonceptie'**: planning (datum actie = vandaag)

SECUNDAIRE PREVENTIE: patiënte is wel zwanger

VROEGTIJDIGE OPSPORING

⇨ Laagdrempelig zwangerschapstest aanbieden

⇨ **Materiaal:**
- Een keuze maken? *www.faranet.be; Luister- en informatiepunt rond zwangerschapskeuzes*

RECIDIEF VERMIJDEN

*Uit gegevens van abortuscentra blijkt dat **45% van de vrouwen** die zich aanbiedt op zijn minst 1 vroegere zwangerschapsonderbreking onderging*

A/ PATIËNTE BESLIST OM ZWANGERSCHAP VERDER TE ZETTEN

⇨ **'W78 - zwangerschap', ongepland**: actieve ziekte
⇨ **'advies/voorlichting ivm anticonceptie'**: planning (datum actie = verwachte bevallingsdatum)

B/ PATIËNTE BESLIST OM ZWANGERSCHAP TE BEËINDIGEN

⇨ **'W83 - abortus provocatus'**: behandeling
⇨ **'advies/voorlichting ivm anticonceptie'**: planning (datum actie = vandaag)

ⓘ Een **opvolgconsult** plannen 4 weken na doorverwijzing
⇨ Patiënte komt op afspraak: anticonceptiegebruik bespreken
⇨ Patiënte komt niet op afspraak: aanklampende zorg (patiënte opbellen voor nieuwe afspraak)

CONSULTONDERSTEUNEND MATERIAAL

Prijs anticonceptiva *Bron: RIZIV, update april 2015*

		Kostprijs	Remgeld gewoon	Remgeld omnio	<21j
Combinatiepil	1j	€ 16	€ 13	€ 13	€ 0
Prikpil	1j	€ 35	€ 8	€ 6	€ 8/6
Minipil	1j	€ 67	€ 67	€ 39	€ 28
Pleister	1j	€ 136	€ 136	€ 136	€ 100
Vaginale ring	1j	€ 158	€ 158	€ 36	€ 120
Implantaat	3j	€ 144	€ 144	€ 108	€ 36
Koperspiraal	3j	€ 45	€ 45	€ 45	€ 0
Hormoonspiraal	5j	€ 148	€ 148	€ 148	€ 0
Noodpil	1x	€ 9	€ 9	€ 9	€ 0

Zelfgemaakte folders rond correct pilgebruik

