Fertility-awareness in de eerstelijns-gezondheidszorg : een blinde vlek

Jacqueline Van De Walle, KULeuven

Promotor: Prof. Dr. B. Schoenmakers, KULeuven

Co-promotor: Prof. Dr. Y. Jacquemyn, UAntwerpen

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Universiteit Antwerpen

KU LEUVEN

Dankwoord

Mijn dank gaat uit naar mijn Promotor, Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers. Bij haar vond ik direct een geïnteresseerde en enthousiaste ondersteuning en werd ik deskundig begeleid en aangemoedigd in alle stappen van deze thesis.

Ook door mijn co-promotor, Prof. Dr. Yves Jacquemyn, werd ik vakkundig geloodst in de opzet van dit onderzoekswerk, door het herformuleren van onderzoeks-ideeën tot realistische doelstellingen, het betrekken van heel zijn medisch team in dit project, en het uitstippelen van lange-termijn perspectieven verbonden aan dit onderzoek. Waarvoor mijn warme dank.

Dr. Ellen Faes, mijn « soulmate », verdient alle eer in dit onderzoeksproject. Onze gezamenlijke brainstorming leidde tot ideeën voor een Manama in de huisartsgeneeskunde verbonden aan een doctoraatsproject in de gynaecologie. Ze had een kritische inbreng in de vragenlijst, stond in voor de elektronische uitwerking ervan, en was de sleutelfiguur in de contacten met alle medewerkers aan deze studie.

M. Pierre Hernalsteen en Dr. Lucas Kiebooms steunden van meet af aan mijn onderzoeksproject rond natuurlijke vruchtbaarheid, en bewaakten de kwaliteit ervan via interessante opmerkingen en constructieve bijdrages, en bij tijd en stond ook een troostende schouder. Dank je wel hiervoor !

Aan de docenten vroedkunde en hun studenten, aan mijn praktijkopleiders en onze enthousiaste patiënten, aan de huisartsen uit de LOK-groep Berchem, aan allen die tijd en moeite namen om deel te nemen aan deze studie, een oprechte dankjewel! Deze studie is er dankzij jullie, maar ook voor jullie… ik hoop dat hieruit mooie inzichten en initiatieven zullen voortvloeien, en dat vrouwen eindelijk bewust zullen (kunnen) worden van het als bij wonder georkestreerd proces dat zich in hun lichaam afspeelt…

Mijn partner Jean-Yves bewees me de onschatbare hulp om een gedrocht van een excel-bestand geduldig en bekwaam uit te pluizen om een juiste verwerking van de resultaten mogelijk te maken. Voor dat, en voor veel meer, *mille mercis*.

Inhoudstafel

AFKORTINGEN **1**

ABSTRACT **2**

INLEIDING **3**

METHODOLOGIE **5**

RESULTATEN **8**

DISCUSSIE **11**

CONCLUSIE **15**

TABELLEN **16**

BIJLAGE 1 – GOEDGEKEURD PROTOCOL **23**

BIJLAGE 2 – ADVIES ETHISCH COMITÉ **25**

Afkortingen

BLT	Basale lichaamstemperatuur
Dx	Cyclusdag x
EVrV	Eerstejaars Vroedkunde Student
FA	Fertility Awareness
FAM	Fertility Awareness Method
FV	Fertiele Venster
HA	Huisarts
HGR	Hoge Gezondheidsraad
IVF	In Vitro Fertilisatie
MBV	Medisch Begeleide Vruchtbaarheid
NRZV	Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen
SEM	Standard Error of Means
SVV	Standaard Vlaamse Vrouw
VB	Vruchtbaar
VBH	Vruchtbaarheid
VrV	Vroedvrouw

Abstract

Dr ; Jacqueline Van De Walle, PhD.
Promotor : Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers, KULeuven
Co-promotor : Prof. Dr. Yves Jacquemyn, UAntwerpen
Praktijkopleiders : Dr. Barbara Ghesquière (Leuven), Dr. Rika Van Overmeire (Kortenberg)

Context: Koppels met kinderwens moeten volgens de richtlijnen minstens een jaar «proberen » alvorens hulp te zoeken. Een zwangerschap kan enkel ontstaan bij geslachtsgemeenschap tijdens het fertiele venster (FV) van de vrouwelijke cyclus. Het timen van gemeenschap volgens het fertiele venster optimaliseert de kans op een spontane, natuurlijke bevruchting. Deze periode kan worden afgebakend door het observeren en interpreteren van natuurlijke vruchtbaarheidsindicatoren.

Onderzoeksvraag : Deze studie onderzoekt de kennis van Vlaamse vrouwen over hun eigen vruchtbaarheid. Tegelijk wordt gepeild of huisartsen en vroedvrouwen voldoende vertrouwd zijn met het observeren en interpreteren van vruchtbaarheidsindicatoren om koppels met kinderwens hun natuurlijke zwangerschapskans optimaal te leren benutten.

Methode: Een cross-sectioneel onderzoek werd uitgevoerd naar de kennis van de vruchtbaarheidsprincipes uit de NHG-standaard Subfertiliteit en de fertility-awareness methode Sensiplan®. Een anonieme vragenlijst werd ingevuld door jonge vrouwen in de wachtzaal (de "standaard Vlaamse vrouw", SVV) , aan eerste- en laatstejaars studenten vroedkunde (EVrV en VrV) en aan de leden van een huisartsenkring (HA). De uitkomstmaten waren de kennis van fertiliteitsprincipes uit de NHG-standaard, het bepalen van het FV volgens een menstruatiekalender en de interpretatie van natuurlijke fertiliteitsmerkers volgens Sensiplan®.

Resultaten: Er werden 164 vragenlijsten weerhouden : 14 SVV, 102 EVrV, 41 VrV en 9 HA. Slechts 36 % SVV antwoordt een "goede tot zeer goede" kennis te hebben van haar vruchtbaarheid. 71 % weet niet dat de cycluslengte kan variëren, 20 % denkt dat een cyclus altijd 28 dagen telt en 43 % dat een vrouw steeds vruchtbaar is op cyclusdag 14. Opmerkelijk is dat 91 % VrV menen een "goede tot zeer goede kennis" te hebben over fertiliteit, terwijl dit bij de HA slechts slechts 33 % bedraagt. Van de EVrV en VrV kan nochtans geen enkele het FV afbakenen op basis van een menstruatiekalender; volgens 38 % EVrV en 46 % VrV ligt deze tussen de ovulatie en de menstruatie. 44% HA, 77 % EVrV en 93 % VrV kent de slijmafscheiding als vruchtbaarheidsmerker. Nochtans kan slechts 30 % EVrV en 51 % VrV vruchtbaar slijm herkennen en bedraagt het correcte advies over geslachtsgemeenschap bij kinderwens 10 % tot 67 % naargelang het geobserveerde kenmerk. Slechts 31 % EvrV, 51 % VrV en 56 % HA kent de betekenis van de basale lichaamstemperatuur maar adequaat coitusadvies wordt verstrekt door slechts 24 % van de VrV.

Conclusies: De jonge Vlaamse vrouw heeft een geringe kennis van haar eigen natuurlijke vruchtbaarheid en de indicatoren ervan. Het aanleren van de observatie en interpretatie van vruchtbaarheidsindicatoren lijkt dus een logische, veilige en goedkope stap bij onvervulde kinderwens. Maar de professionele hulpverlener is hier weinig mee vertrouwd en kan natuurlijke vruchtbaarheidsmerkers onvoldoende aanwenden in zijn medisch handelen rond vruchtbaarheid. Een opwaardering van de fysiologie van de normale vruchtbaarheid tijdens de medische opleiding is nodig. Ook het aanbieden van een gecertifieerde fertility-awareness method als begeleiding bij kinderwens is een zinvolle en financieel interessante optie.

Inleiding

Het uitblijven van een zwangerschap is een veel voorkomende consultatiereden bij de huisarts.

De spontane zwangerschapskans bij koppels met regelmatige, op conceptie gerichte coïtus, is 80-85 % na een jaar (1). Daarom wordt aan koppels met kinderwens aangeraden om minstens één jaar "te proberen" alvorens medische hulp te zoeken (2). Het is belangrijk dat koppels deze wachttijd niet ervaren als een passieve en zinloze tijdsverkwisting, maar deze benutten om hun kans op een spontane, natuurlijke bevruchting te optimaliseren, en daar de nodige uitleg en ondersteuning voor krijgen.

De kans op bevruchting varieert sterk tijdens de menstruele cyclus van een vrouw. De fysiologische basis hiervan berust in (i) de cyclisch aanwezigheid van de eicel; (ii) de beperkte levensduur van de eicel (12 à 18 uur); (iii) de beperkte levensduur van vruchtbaar sperma (4 à 5 dagen); en dit (iv) in aanwezigheid van vruchtbaar cervixslijm. Het samenspel van deze vier elementen leidt tot het "fertiele venster" (FV) in de vrouwelijke cyclus, d.i. een periode van maximaal 6 dagen eindigend op de dag van de eisprong, waarin bevruchting mogelijk is (3-6). Dit proces is geen lukrake, onvoorspelbare gebeurtenis in een cyclus, maar wordt geregeld door fysiologische veranderingen in het lichaam van de vrouw. Deze leiden tot waarneembare en herkenbare symptomen die gecorreleerd werden met de objectieve ovulatie (5,7,8). Het zich bewust zijn van deze tekenen (fertility awareness, FA) maakt het herkennen van vruchtbare en onvruchtbare dagen mogelijk. Fertility-awareness methods (FAMs) leren vrouwen om hun cyclus waar te nemen en te interpreteren, om dan, naargelang de wens van het koppel, een zwangerschap bewust te vermijden of een kinderwens te vervullen (5,9,10).

De periodieke afscheiding van cervixslijm is een dergelijke indicator van fertiliteit. Het waarnemen van slijmafscheiding (vochtig gevoel, slijmwaarneming,…) markeert het begin van de vruchtbare periode. Het aanvankelijk romige, witte en kleverige cervixslijm evolueert naar een zeer vruchtbare waterige, heldere, elastische afscheiding. De kans op zwangerschap is het hoogst op de dag waarop het meest vruchtbare type slijm afgescheiden wordt (11-13). De onvruchtbare periode begint ten laatste 4 dagen na deze « slijmpiekdag » , vanaf dan zijn onbeschermde betrekkingen mogelijk zonder risico op bevruchting.

Een andere fertiliteitsmerker is de basale lichaamstemperatuur (BLT). Deze wordt onmiddellijk na het ontwaken, en steeds op dezelfde wijze (oraal, vaginaal of rectaal) gemeten, rekening houdend met factoren die de meting mogelijk beïnvloeden. Een stijging van 0.2 – 0.6 °C van de BLT die aanhoudt tot de volgende menstruatie, wordt vooral beschouwd als een retrospectief symptoom van ovulatie (9, 10,14). De ovulatie heeft met zekerheid plaatsgevonden wanneer er gedurende drie opeenvolgende dagen een temperatuurverhoging wordt waargenomen, en vanaf dan bevindt men zich in de infertiele fase (9,15).

Het timen van geslachtsgemeenschap volgens het FV vermindert de tijd tot een zwangerschap bij normaal vruchtbare koppels, en verhoogt de spontane

zwangerschapskans bij koppels met vruchtbaarheidsproblemen (4,16). Maar de kennis over vruchtbaarheid van vrouwen die aankloppen voor hulp in fertiliteitsklinieken blijkt gering volgens een Australische studie. Alhoewel de meerderheid van hen aangeeft dat ze actief hebben geprobeerd om hun vruchtbaarheid te begrijpen en hiervoor één of meerdere bronnen geraadpleegd hadden, blijkt 76 % (17) tot 87 % (18) het FV in een cyclus niet te kunnen aanduiden. Er gaat dus een vraag van vrouwen uit om hun vruchtbare lichaam te begrijpen; meer nog, een gering begrip van de eigen vruchtbaarheid zou zelfs een bijdragende factor kunnen zijn van fertiliteitsproblemen (4,5,18). Aan vrouwen de kennis geven om hun FV in elke cyclus te kunnen identificeren en benutten, zou daarom een goedkope, eenvoudige en emanciperende interventie zijn op weg naar de vervulling van hun kinderwens.

Medewerkers uit de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals huisartsen en vroedvrouwen, bevinden zich in de ideale positie om dit als eerste therapie voor te stellen wanneer ze geconfronteerd worden met de vraag naar vruchtbaarheidsbegeleiding. Hiertoe moeten ze dan natuurlijk zélf beschikken over de nodige kennis van en vertrouwdheid met FAMs, zodat ze koppels onderbouwd advies kunnen geven, en verzekeren dat gemeenschap plaatsvindt in het FV. Tegelijk laat het hen toe om diagnostisch te werk te gaan, door een goed zicht te krijgen op de cyclus van de vrouw en de detectie van mogelijke anomalieën mogelijk te maken, die zullen bepalend zijn voor het verder beleid.

De huidige studie werd uitgevoerd om de kennis van de jonge Belgische vrouwen over hun eigen vruchtbaarheid te onderzoeken en zo om hun nood aan informatie hierrond in kaart te brengen. Ook werd onderzocht of huisartsen en vroedvrouwen voldoende onderlegd zijn met het observeren en interpreteren van natuurlijke vruchtbaarheidsindicatoren om koppels met onvervulde kinderwens op een correcte, risicoloze en patiëntvriendelijke manier te kunnen begeleiden om hun natuurlijke zwangerschapskans optimaal te benutten.

Dr. Jacqueline Van De Walle, PhD, is een Master in de Geneeskunde en Huisarts-in-Opleiding aan de KULeuven, (Leuven, België).

Dr. Ellen Faes is een gynaecologe en PhD-kandidaat aan de UAntwerpen (Antwerpen, België).

Prof. Dr. Yves Jacquemyn is diensthoofd Gynaecologie en Obstetrie aan het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en hoogleraar gynaecologie-verloskunde aan de UAntwerpen (Antwerpen, België).

Prof. Dr. Birgitte Schoenmakers is hoofd van de Universitaire Groepspraktijk (UGP, Leuven, België) en docente aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KULeuven (Leuven, België).

Methodologie

Doel

Het doel van deze studie was om de kennis van Vlaamse vrouwen over hun eigen vruchtbaarheid te onderzoeken. Tegelijk werd onderzocht of huisartsen en vroedvrouwen voldoende vertrouwd zijn met het observeren en interpreteren van natuurlijke vruchtbaarheidsindicatoren om koppels met kinderwens te begeleiden om hun natuurlijke zwangerschapskans optimaal te benutten.

Studiedesign

Een cross-sectioneel onderzoek werd uitgevoerd over 5 maanden, van november 2015 tot maart 2016, aan de hand van een anonieme vragenlijst die bestond uit twee delen. Het eerste deel was bedoeld om het deelnemersprofiel te bepalen, en peilde naar de leeftijd, de nationaliteit en het opleidingsniveau van de deelneemster, alsook haar eigen anticonceptie methode in het verleden en het heden. Tevens werd haar gevraagd om haar eigen kennis over vruchtbaarheid te beoordelen.

Het tweede deel bracht de FA van de deelneemster in kaart door (i) het bevragen van de kennis van basisprincipes van de menselijke vruchtbaarheid; (ii) het toepassen van deze basisprincipes om het FV in een cyclus te bepalen ; (iii) het bevragen van de vertrouwdheid met en de interpretatie van vruchtbaarheids-indicatoren, nl. het slijmpatroon, de BLT en ovulatiepijn.

De vragen werden afgeleid van de kernboodschappen uit de NHG-standaard «subfertiliteit» (2) en van de Sensiplan®-handleiding «Natuurlijk en Zeker» (19). De deelneemster kon telkens aangeven als ze niet vertrouwd was met het bevraagde onderwerp en werd dan automatisch doorverwezen naar het volgende item. Een valse vruchtbaarheids-indicator, de zwelling van de genitale schaamlippen, als “confounder” werd bevraagd om te peilen naar het lukraak beantwoorden van de enquête. De meeste vragen konden beantwoord worden door «waar - niet waar - ik weet het niet». Het FV kon worden aangegeven door het klikken op de dagen in een menstruatie-kalender.

Datacollectie

De vragenlijst werd voorgelegd aan drie verschillende deelnemerscategorieën : (i) alle vrouwelijke, Nederlandstalige patiënten tussen de 18 en 40 jaar oud die om willekeurige redenen de huisarts raadpleegden, werden via een affiche in de wachtzaal uitgenodigd om deze vragenlijst ter plaatse te beantwoorden ; (ii) de vrouwelijke studenten van het eerste en het laatste opleidingsjaar Vroedkunde van het Thomas More Instituut (Turnhout), de KH VIVES / Gezondheidszorg (Kortrijk en Brugge), de Artesis Plantijn Hogeschool (Antwerpen) en de Karel de Grote Hogeschool (Antwerpen) beantwoordden de vragenlijst on-line (Qualtrics ®) ofwel tijdens een lesmoment onder toezicht - maar zonder tussenkomst- van een docent, ofwel thuis met instructies van een docent. Om het raadplegen van peers of andere media te vermijden, werd de invultijd beperkt tot 20

minuten en werd geen andere elektronische hulpmiddelen toegelaten. De toegang tot de website werd geblokkeerd na de invulperiode ; (iii) de huisartsen, zowel mannen als vrouwen, van de LOK-groep van Berchem werden tijdens een bijeenkomst uitgenodigd om een, door Dr. Faes aangepaste, vragenlijst te beantwoorden.

Verwerking van de data

De gegevens werden verwerkt met het programma Qualtrics ® en Excel ®. Uitsluitingscriteria waren (i) personen die geen Nederlands konden lezen; (ii) het onvolledige beantwoorden van de vragenlijst ; (iii) geen Belgische nationaliteit; (iv) het beantwoorden van de vragenlijst gedurende meer dan 20 minuten ; (v) studenten tweedejaars-Vroedkunde.

De uitkomstmaten werden als volgt beschreven: de kennis van fertiliteitsprincipes uit de NHG-standaard Subfertiliteit, het bepalen van het FV volgens een menstruatiekalender, en de interpretatie van natuurlijke fertiliteitsmerkers.. Voor de beoordeling van de kennis van de basisprincipes van vruchtbaarheid zoals aangegeven in de NHG-standaard Subfertiliteit (2) werd telkens het percentage aan deelnemers berekend dat zegt dit item te kennen, en het percentage daarvan dat correct antwoordt op de vraag.

Het berekenen van het fertiele venster in een cyclus op basis van een menstruatie-kalender werd beoordeeld volgens de criteria van de NHG-standaard Subfertiliteit (2). Voor een standaard-cyclus van 28 dagen valt deze tussen cyclusdag D8 en D14 ; voor een cyclus van 35 dagen valt deze tussen cyclusdag D15 en D21. De gemiddelde bepaling ± Standard Error of Mean (SEM) van de eerste en laatste vruchtbare dag wordt aangegeven, alsook het percentage van correcte antwoorden per studiegroep.

Voor de fertiliteitsindicatoren werd telkens het percentage aan deelnemers berekend dat zegt dit item te kennen, en het percentage daarvan dat correct antwoordt op de vraag. Dit werd beoordeeld volgens de criteria van de NHG-standaard Subfertiliteit (2) en de FAM Sensiplan® (15,19). Ook werden de markantste foute antwoorden aangegeven en werd vermeld in welke mate deze voorkomen.

Ethische implicaties

Het studieprotocol werd ter goedkeuring voorgelegd aan het Ethisch Comité van de KULeuven. Informatie over het doel en de context van het onderzoek werd verstrekt aan de Onderzoekscommissie van het Thomas More-instituut en de KH VIVES/Gezondheidszorg, en de vragenlijst werd ook daar ter goedkeuring voorgelegd.

Belangenconflict

De studie werd opgezet met de ondersteuning van NFP-Vlaanderen vzw. JVDW is een gediplomeerde consulente voor Sensiplan® sinds 2010. Deze studie vormt een pilootproject voor een doctoraatsonderzoek over FA in het kader van kinderwens van gynaecologe Dr. E. Faes onder begeleiding door Prof. Dr. Y. Jacquemyn (UAntwerpen). Er werd geen financiële ondersteuning noch aangevraagd noch bekomen voor dit onderzoek.

Dankbetuiging

De auteurs bedanken mijnheer P. Hernalsteen, coördinator van NFP-Vlaanderen vzw, en Dr. L. Kiebooms, lid van de Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV voor het kritisch nalezen van het studieprotocol en het manuscript en de ondersteuning voor bepaalde praktische aspecten van het onderzoek. Dr. E. Faes zorgde voor de bevraging van de huisartsen en regelde het elektronische luik van de vragenlijst. Onze dank aan mevrouw V. Vervloet, docente vroedkunde aan het Thomas More-instituut (Turnhout), mevrouw P. Mokangi, hoofddocent Vroedkunde aan de KH VIVES/Gezondheidszorg (Kortrijk), mevrouw M. De Pauw, opleidingshoofd Vroedkunde KH VIVES/Gezondheidszorg (Brugge), mevrouw E Mestdagh, opleidingshoofd Bachelor in de Vroedkunde van de Artesis Plantijn Hogeschool (Antwerpen) en mevrouw M. Boiy, praktijklector vroedkunde aan de Karel de Grote-Hogeschool (Antwerpen) om deze vragenlijst aan hun studenten voor te leggen.

Resultaten

Het profiel van de studiepopulatie (Tabel 1)

Een totaal aantal van 269 vragenlijsten werd beantwoord. Uitsluiting van de antwoorden gebeurde op basis van het onvolledig invullen van de vragenlijst (n=28), een niet-Belgische nationaliteit (n=51), een antwoordtijd van meer dan 20 minuten (n=15), en antwoorden van studenten tweedejaars-Vroedkunde (n=9). Er bleven 164 vragenlijsten voor verwerking over, waarvan 14 ingevuld door patiënten bij de huisarts (verder de "standaard Vlaamse vrouw" (SVV) genoemd), 102 eerstejaars vroedkunde studenten (EVrV), 41 derdejaars vroedkunde studenten (verder "vroedvrouwen" (VrV) genoemd) en 9 huisartsen (HA).

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 24 jaar voor SVV, 21 jaar voor EVrV, 22 jaar voor VrV en 40 jaar voor de HA.

Het gebruik van anticonceptie door de deelnemers in het verleden en het heden bedraagt voornamelijk hormonale methodes: 86 % voor SVV, 74 % voor EVS en 93 % voor VrV. Het gebruik van barrière-methodes bedraagt bij de SVV 50 %, EVrV 26 % en VrV 32 %, het koper-spiraaltje bij de SVV 0 %, EVrV 2 % en VrV 5 % en van een spermicide crème of gel bij de SVV en EVrV 0 % en VrV 12 %. Coitus interruptus wordt gebruikt bij de SVV 0 %, EVrV 4 % en VrV 5 %. Van de EVrV gebruikte 4 % geen enkele anticonceptiemethode. Geen enkele deelnemer gebruikt een FAM.

De inschatting van de eigen kennis en de behaalde score over die kennis van de basisprincipes van de menselijke vruchtbaarheid (gebaseerd op de NHG-standaard subfertiliteit (Tabel 2)

De eigen kennis van de vruchtbaarheid wordt als "goed tot zeer goed" geschat door 36 % van SVV, tegenover 88 % van EVrV, en 91 % van VrV. Maar van de huisartsen vindt slechts 33 % zijn eigen kennis voldoende.

De meerderheid van de deelnemers (SVV 86 %, EVrV 94 % en VrV 93 %) weet dat de vrouwelijke vruchtbaarheid cyclisch verloopt. Maar slechts 29 % van de SVV, tegenover 93 % van de VrV, weet dat de cycluslengte kan variëren, en één op vijf SVV en EVrV stelt dat de cyclus altijd 28 dagen telt. Toch weten 9 op de 10 SVV dat stress de lengte van de cyclus kan beïnvloeden.

Wat betreft de vruchtbaarheidsindicatoren zijn 43 % SVV, 77 % EVrV en 93 % VrV vertrouwd met de slijmafscheiding, maar van hen kennen respectievelijk slechts 33 %, 30 % en 51 % de correcte eigenschappen van vruchtbaar slijm. Deze cijfers liggen nog lager voor de BLT, waar 21 % SVV, 45 % EVrV en 39 % VrV hiermee vertrouwd zijn, maar hiervan respectievelijk slechts 67 % SVV, 31 % EVrV en 51 % VrV de betekenis weet. Opmerkelijk is dat van de HA slechts 44 % met de slijmafscheiding vertrouwd is; maar dan wel 56 % met de BLT.

Correct advies bij ZWSwens wordt slechts door 54 % van de EVrV gegeven en door 32 % van de VrV.

Opmerkelijk is dat 2 % VV, 44 % EVrV en 47 % VrV vertrouwd menen te zijn met de confounder "zwelling van de schaamlippen" (niet-getoonde resultaten).

Het bepalen van het fertiele venster volgens een menstruatiekalender (Tabel 3)

Slechts 21 % SVV zegt "vaak tot altijd" van zichzelf te weten wanneer ze vruchtbaar zijn, tegenover 49 % EVrV en VrV. Toch slaagt geen enkele respondent erin het begin en het einde van het FV correct af te bakenen in een cyclus van 28 dagen; in een cyclus van 35 dagen slaagt één EVrV er in.

Dat een normale cycluslengte tussen 25 en 35 dagen ligt, weet 71 % SVV, 77 % EVrV en 90 % VrV. Opmerkelijk is dat de levensduur van de eicel overschat wordt door 57 % SVV, maar ook door 45 % EVrV, 22 % VrV en 44 % HA. Ook de levensduur van de zaadcel in optimale omstandigheden wordt juist ingeschat door slechts 36 % SVV, tegenover 62 % EVrV, 76 % VrV en 67 % HA.

Volgens velen (29 % SVV, 38 % EVrV en 46 % VrV) is het FV gelegen tussen cyclusdag D14 en D20, en volgens 57 % SVV, 47 % EVrV en 46 % van de VrV duurt deze zelfs tot aan de menstruatie.

Ook menen 43 % SVV dat een vrouw altijd vruchtbaar is op cyclusdag D14. Dit aantal daalt tot 27 % bij de vroedvrouwen.

Kennis en toepassing van het cervixslijm als vruchtbaarheidsindicator (tabel 4)

De afscheiding van cervixslijm werd als een vertrouwde vruchtbaarheidsindicator beschouwd door 43 % SVV, 77 % EVrV, 93 % VrV. Opmerkelijk is dat de HA (44 %) hierop niet beter scoren dan de SVV.

De drie omschrijvingen van vruchtbaar slijm (overvloedig, helder-rekbaar en waterig slijmverlies) werden bij de respondenten telkens ook verschillend als vruchtbaar beschouwd, met antwoordpercentages tussen 1 en 67 % SVV, 7 en 31 % EVrV, 23-78 % VrV en 33-67 % bij de HA, terwijl ze in wezen alle drie een teken van hoge vruchtbaarheid zijn. Het uiterst vruchtbare waterige slijmverlies werd slechts zelden gezien als vruchtbaar slijm (33 % SVV, 7 % EVrV, 39 % VrV en 33 % HA). Slechts 1 % EVrV en 23 % VrV kon de drie omschrijvingen correct als zeer vruchtbaar aanduiden.

Het correct advies over coïtusgedrag varieert van 10 % tot 67 % naargelang het geobserveerde kenmerk. Opvallend is dat coïtus bij nat gevoel (dus zeer vruchtbaar) slechts door 17 % SVV, 10 % EVrV en 34 % VrV wordt aanbevolen. Bij slijm van het minder vruchtbaar type wordt coitus aanbevolen door 50 % SVV maar slechts door 21 % EVrV, 12 % VrV en 11 % HA.

Kennis en toepassing van de BLT als vruchtbaarheidsindicator (Tabel 5)

De meerderheid (79 %) van de SVV kent het begrip van BLT niet en antwoordt dan ook niet verder op dit onderzoeks-item. 46 % EVrS en 39 % VrV zeggen wél vertrouwd te zijn met de BLT. Opmerkelijk is dat HA zich meer vertrouwd voelen met dit onderwerp, met een maximum van 56 %, en 89 % van hen weet dat een stijging van de BLT aanduidt dat er een eisprong plaatsvindt of heeft plaatsgehad, tegenover slechts 51 % van de VrV.

Nochtans heerst er veel onduidelijkheid over de correcte meetwijze van de BLT : 31 % VrV zouden deze onder de arm meten. Alle VrV weten dat hooikoorts de BLT niet beinvloedt, maar 100 % VrV denken foutievelijke hetzelfde van alcohol-inname. En slechts 24 % VrV denkt aan een ziekte als mogelijke verstoorder van de temperatuur.

Ook is het praktisch toepassen van de BLT om het FV af te bakenen eigenlijk niet goed gekend: 34 % VrV zou gemeenschap aanbevelen tussen de temperatuursstijging en de menstruatie om een zwangerschap te bekomen ; terwijl slechts 24 % VrV zou dit correct timen op de vijf dagen voor de stijging van de BLT tot de dag erna.

Discussie

Dit beschrijvend onderzoek op basis van een gestructureerde vragenlijst peilt naar de FA van jonge Vlaamse vrouwen en hoe ze hier in de praktijk mee weten om te gaan. Tegelijk wordt onderzocht of huisartsen en vroedvrouwen voldoende vertrouwd zijn met FA om koppels met kinderwens te begeleiden om hun natuurlijke zwangerschapskans optimaal te benutten.

De onderzoekspopulatie van de SVV bestaat uit patiëntes die de huisarts raadpleegden om willekeurige redenen en stelt, evenals de HA zelf – gezien het beperkt aantal – in feite een pilootstudie voor. Hieruit blijkt toch dat SVV weinig weet hebben van hun eigen vruchtbaarheid. De meerderheid (71 %) heeft geen weet van de variabiliteit in de lengte van de vrouwelijke cyclus en slechts één of vijf denkt te weten wanneer ze vruchtbaar is. Ze zijn niet vertrouwd met het idee van het bestaan van een FV en van de concrete elementen die dat FV bepalen.

Degene die de studies aanvangen van vroedvrouw (EVrV) vertonen een totaal ander patroon, omdat de grote meerderheid meent reeds een kennis te hebben van hun vruchtbaarheid (88 %), wat niet wezenlijk verschilt van de VrV die op het einde van de studie zijn (91 %). Allebei beseffen dat de cycluslengte van de vrouw wisselend is en stress een invloed kan hebben. Een grote meerderheid beseft dat slijmafscheiding een rol speelt (EVrV 77 %, VrV 93 %), in tegenstelling tot hun kennis van de BLT: slechts 31 % EVrV en 51 % VrV kent hier de betekenis van, met name de bevestiging van een eisprong. Maar uiteindelijk beseft één op twee vroedvrouwen (EVrV en VrV) van zichzelf dat ze niet concreet weet wanneer ze vruchtbaar is. Dit wordt bevestigd door het feit dat geen enkel juist antwoord gegeven werd om het fertiele venster aan te duiden volgens de menstruatiekalender. Eigenaardig genoeg weet na drie jaar opleiding nog 10 % steeds niet dat een cycluslengte van 25 tot 35 dagen normaal is. Van de EVrV weet slechts 1 op 2 dat de eicel slechts 24 uur leeft, maar na 3 jaar opleiding weet nog steeds 22 % niet hoe lang een eicel leeft en zelfs 24 % niet hoe lang zaadcellen kunnen overleven.

Dit alles leidt er dan toe dat ze na 3 jaar wel weten dat de coïtus best 24 uur vóór de eisprong moet komen, maar dat bijna één op twee denkt dat de vrouw vruchtbaar is tijdens de 14 dagen vóór de volgende menstruatie, wat de absoluut infertiele periode van de cyclus is. De kennis van de natuurlijke vruchtbaarheid van de vrouw lijkt ons nochtans een belangrijke eindterm die op het einde van een driejarige opleiding tot vroedvrouw zeker gehaald moet worden. Dit is des te meer het geval nu vroedvrouwen anticonceptie mogen voorschrijven, en dus ook coitusadvies moeten verstrekken bij het gebruik van niet-hormonale methoden.

De resultaten tonen dat de gemiddelde jonge Vlaamse vrouw nauwelijks bewust is van haar vruchtbaarheid en er vervreemding en onbegrip is voor wat er zich in haar eigen lichaam afspeelt. Mogelijks bestaat hierin een link met het feit dat 74-93 % zelf hormonale contraceptie gebruikt, al of niet gecombineerd met barrièremethoden: men krijgt hierdoor geen enkele gewaarwording van het natuurlijke

vruchtbaarheidsgebeuren met de kenmerkende variabiliteit van de cycluslengte en het wisselend slijmpatroon. Ze gaan dus voort op de vage begrippen die hen tijdens de middelbare studiejaren werden aangereikt, gekoppeld aan de pilcyclus van 28 dagen. In de studie gebruikte geen enkele deelnemer een FAM in het verleden of het heden.

Het is algemeen bekend bij vrouwen dat "natuurlijke methoden" een slechte reputatie hebben. Vaak wordt hierbij gedacht aan de weinig betrouwbare en voorbijgestreefde kalendermethodes uit het verleden. Dit leidt ertoe dat uitsluitend een meestal hormonaal contraceptief advies gegeven wordt bij de dokter of in de media, evenals in de programma's seksuele vorming in het onderwijs van middelbare tot academisch-medische opleiding. Zelfs in de lessen (toegepaste) fysiologie wordt geen objectieve aandacht besteed aan moderne, betrouwbare FAMs. Ook in de medische scholing komen contraceptie en MBV uitgebreid aan bod, maar gaat dit ten koste van uitleg en praktijkgerichte counseling over natuurlijke fertiliteit en FA. Het bestaan van moderne, betrouwbare, wetenschappelijk onderbouwde en peer-reviewde FAMs wordt niet of nauwelijks vernoemd.[1] Nochtans wordt in het kader van de fertiliteitsproblematiek een geringe FA meermaals aangehaald als een bijdragende factor tot subfertiliteit (4,5,18).

Subfertiliteit wordt gedefinieerd als het uitblijven van een zwangerschap na 12 maanden onbeschermde, op zwangerschap gerichte, gemeenschap (2). In België worden volgens de HGR 7 tot 10 % van de koppels geconfronteerd met subfertiliteit (20). Het aantal koppels dat worstelt met subfertiliteit is echter waarschijnlijk hoger dan 10 %. Een budgetcontrole van het RIZIV in 2012 toonde dat In vitro Fertilisatie (IVF) 21 573 gevallen en Intra-Uteriene Inseminatie (IUI) 18 835 bedroeg, wat betekende dat ongeveer 25 % van de vrouwen die aanklopten met kinderwens MBV ondergingen (Dr. Lucas Kiebooms, persoonlijke mededeling). Hierbij was er geen zekerheid of zij effectief 12 maanden gewacht hadden. Nochtans zou een significant percentage hiervan binnen een jaar spontaan zwanger kunnen worden (21-23).

Een eerste, veilige, goedkope en zelfhulp-gerichte interventie bij vrouwen met actieve, onvervulde kinderwens, bestaat erin te verzekeren dat deze vrouwen hun FV herkennen en benutten. Deze werkwijze houdt bovendien meerdere voordelen in. Ten eerste, is het timen van coitus voor koppels minder stresserend en beter vol te houden, dan het volgen van sommige richtlijnen die gemeenschap om de 2-3 dagen aanbevelen gedurende heel de cyclus (1,24).

Ten tweede, is de tijdsduur voor het ontstaan van een zwangerschap verkort in normaal-vruchtbare koppels die gemeenschap timen volgens het FV, en zijn de slaagkansen bij koppels met vruchtbaarheidsproblemen verhoogd (4,16). Bij fertiele vrouwen die het FV kennen, is er een zwangerschapskans van 88 % na 6 maanden en

[1] In België is de gebreveteerde sympto-thermale methode Sensiplan® (pearl-inex 0.4) de enige beschikbare methode die aan deze criteria voldoet (10).

98 % na 12 maanden (16), tegenover 74 % na 6 maanden en 93 % na 12 maanden zonder kennis van het FV (26).

Ten derde biedt het gebruik van FAMs een therapeutisch én diagnostisch alternatief aan koppels met kinderwens die, zoals aanbevolen in Nederland, één jaar van "expected management" moeten volbrengen (i.e. koppels met een prognostische index >40 %) (2,23,25). Dit is zeker noodzakelijk na hormonale contraceptie, zodat men kan vaststellen of er inderdaad een volledig normale terugkeer naar de natuurlijke cyclus heeft plaatsgevonden. Dit blijkt bij 49 % van de vrouwen toch tot 9 maanden te kunnen duren (27).

Ten vierde laat het gebruik van FAM een betere selectie toe van koppels die wél in aanmerking zouden komen voor MBV. Een periode van 6 maanden gerichte coïtus binnen het FV is voldoende om sub- en infertiele koppels te identificeren (16). Bovendien kan men dan ook de timing van de technische onderzoeken beter bepalen. Dit is zeker van belang in België, waar de huidige trend van MBV als onhoudbaar wordt beschouwd met budgetvermindering, en dus ook verminderde toegankelijkheid tot deze behandelingen, in het vooruitzicht (20;28). Alles moet er dus op gericht zijn dat het bewijs wordt geleverd dat koppels met kinderwens minstens één jaar gerichte coïtus hebben gehad binnen het FV.

De eerstelijnsgezondheidswerkers zoals huisartsen en vroedvrouwen staan op een strategische plaats om koppels die vragen hebben bij hun vruchtbaarheid op te vangen en te begeleiden. De resultaten tonen echter ook bij hen een ontstellend gebrek aan vertrouwdheid met FA en een gebrek aan inzicht in het toepassen van FA bij kinderwens. Bovendien gaat dit bij VrV gepaard met een overschatting van de eigen kennis over dit onderwerp, wat belangrijke consequenties kan hebben op vlak van patiëntenzorg. Uit de studie blijkt dat men het FV niet kan afbakenen en dat men geen adequate adviezen voor gemeenschap kan aanbevelen. Nochtans is het betrouwbaar en bij herhaling detecteren van het FV een cruciaal element bij onvervulde kinderwens. Bij patiënten met onverklaarde subfertiliteit werd aangetoond dat het FV frequent slechts 3 dagen duurt. De adequate detectie ervan is dus uiterst belangrijk (16,27). 93 % van de VrV zeggen wel vertrouwd te zijn met slijmafscheiding uit de baarmoederhals maar na drie jaar opleiding kunnen slechts 23 % alle kenmerken van vruchtbaar slijm herkennen. Dit item is nochtans belangrijk, want in koppels met onverklaarde vruchtbaarheidsproblemen of verminderde spermakwaliteit, verbetert gemeenschap op de slijmpiekdag de spontane zwangerschapskans (16,28). Opmerkelijk is ook dat in de pilootstudie huisartsen veel minder zelfvertrouwen hebben (43 %) dan vroedvrouwen als het gaat om de interpretatie van het cervixslijm, terwijl ze dan weer in de meerderheid zijn (56 % versus 39 %) waar het gaat om de BLT. Maar geen van beide kent voldoende de juiste meetwijze, of weet om te gaan met factoren zoals alcoholgebruik en ziekte die deze meting kunnen beïnvloeden. Een correct bijgehouden BLT-kaart is echter een belangrijk diagnostisch element om cyclusanomalieën op te sporen, zoals anovulatoire cycli (d.i. geen BLT-stijging), stress- (ie. verlengde pre-ovulatoire fase) of cycli met verkorte luteale fase (i.e. korter dan 12 dagen BLT-stijging voor de volgende menstruatie).

Uit de studie blijkt dat artsen en vroedvrouwen bij een koppel met onvervulde kinderwens onvoldoende kunnen beoordelen of er inderdaad coïtus was in het FV. Bovendien zijn ze niet genoeg vertrouwd met de praktische kant van FA om op een betrouwbare manier in te kunnen staan voor het aanleren van deze methodes en het interpreteren van deze observaties, zij het bij kinderwens of als anticonceptie. Er is dus nood aan een grondige opwaardering van de fysiologie van de normale vruchtbaarheid en de ermee verbonden praktijkgerichte FAM tijdens de medische opleiding. De gezondheidsmedewerker kan dan beslissen om zich zélf verder te bekwamen in deze methodes via een doorgedreven theoretische en praktische training, ofwel de patiënt door te verwijzen naar een professionele consulent die het koppel mee kan begeleiden. Het wordt zelfs voor elke partner een budgetaire win-win situatie als het aanbieden van een gecertifieerde FAM, naar analogie met de rookstopsessies, een RIZIV-erkenning zou krijgen.

Conclusie

De resultaten van dit onderzoek tonen in een pilootstudie aan dat de jonge Vlaamse vrouw een te geringe kennis heeft van haar eigen natuurlijke vruchtbaarheid en de indicatoren ervan niet adequaat kent, laat staan interpreteren. Een opwaardering van FA in de lessen seksuele vorming in het gewone onderwijs lijkt noodzakelijk om aan elke vrouw de kans te geven haar eigen lichaam te begrijpen en haar vruchtbaarheid zélf in handen te nemen. Dit veronderstelt een totaal andere invulling van relationele en seksuele vorming in het middelbaar en voortgezet onderwijs.

Ook de professionele hulpverleners zijn te weinig vertrouwd met FA en kunnen deze onvoldoende aanwenden in hun medisch handelen rond vruchtbaarheid. Een vorming in FA dringt zich op, zeker voor hen die met een eerste twijfel omtrent fertiliteit geconfronteerd worden. FA laat een zinvolle begeleiding toe van subfertiele koppels waarbij hun spontane, natuurlijke zwangerschap optimaal benut wordt tijdens de noodzakelijke wachttijd. Bovendien geeft dit belangrijke diagnostische informatie over verschillende cycli en laat het een betere selectie toe van de koppels die werkelijk een complexe, niet-risicoloze, behandeling van hun fertiliteitsprobleem nodig hebben. Zeker in de huidige context van besparingen in de gezondheidszorg en verminderde toegankelijkheid van fertiliteitsbehandelingen, is het aanbieden van FA een interessante optie.

Tabellen

Tabel 1- Deelnemersprofiel in de studiegroepen.

	SVV	EVrV	VrV	HA
Totaal per studiegroep (n)	14	246		9
• Onvolledige vragenlijsten	0	28		0
• 2e jaars vroedkundestudenten	0	9		0
• Antwoordtijd > 20 minuten	0	15		0
• Niet-Belgische nationaliteit	0	51		0
Totaal per studiegroep na toepassen exclusiecriteria (n)	14	102	41	9
Gemiddelde leeftijd (jaar)				40
Afkomst vroedkunde-studenten (n)				
• Karel de Grotehogeschool Antwerpen		28	0	
• Thomas More Turnhout		28	0	
• Arteveldehogeschool Gent		0	19	
• VIVES Hogeschool campus Kortrijk		38	25	
• VIVES Hogeschool campus Brugge		33	0	
• Thomas More Lier		0	0	
• Artesis Plantijn Hogeschool Antwerpen		50	6	
• UC Leuven Limburg		0	0	
Eigen gebruik van anticonceptie (%)				
• Hormonale methode	86	74	93	
• Barrière methode	50	26	32	
• FAM	0	0	0	
• Coitus Interruptus	0	4	5	
• Koperspiraal	0	2	5	
• Spermicide crème of gel	0	0	12	
• Geen	0	4	0	

De resultaten worden aangegeven in aantal antwoorden (n), percentage van de antwoorden (%), of jaar, zoals aangegeven. SVV = standaard Vlaamse vrouw, EVrV = eerstejaars vroedkunde student, VrV = derdejaars vroedkunde student, HA = huisarts.

Tabel 2 - Eigen inschatting van de kennis van de menselijke vruchtbaarheid en behaalde score bij bevraging van kernboodschappen gebaseerd op de NHG-standaard subfertiliteit.

	SVV	EVrV	VrV	HA
Aantal antwoorden	14	102	41	9
Inschatting van de eigen kennis	%	%	%	%
Goed tot zeer goed	36	88	91	33
Matig tot slecht	64	12	9	76
Kennis van de principes van de vrouwelijke VBH	%	%	%	%
De vrouwelijke VBH is niet constant.	100	99	100	
De vrouwelijke VBH verloopt cyclisch.	86	94	93	
De cycluslengte van de vrouw is wisselend.	29	90	90	
Stress kan de lengte van de cyclus beïnvloeden.	93	86	90	
Kennis van de indicatoren van vruchtbaarheid	%	%	%	%
Vertrouwdheid met slijmafscheiding	43	77	93	44
De eigenschappen van VB slijm zijn veel, helder en rekbaar slijm.	33	30	51	
Vertrouwdheid met BLT	21	45	39	56
Een stijging in de BLT geeft aan dat een eisprong plaatsvindt of net heeft plaatsgehad.	67	31	51	
Advies bij ZWSwens	%	%	%	%
Bij ZWSwens is coitus aangeraden om de 2 dagen.	14	54	32	
Bij ZWSwens is coitus aangeraden tussen D8 en D14.	14	54	32	
Opmerkelijke antwoorden	%	%	%	%
Coitus bij ZWSwens gebeurt best elke dag.	9	3	10	
Een vrouwelijke cyclus telt altijd 28 dagen.	21	21	5	

De resultaten worden gegeven in percentage van de antwoorden van deze groep. SVV = standaard Vlaamse vrouw, EVrV = eerstejaars vroedkunde student, VrV = derdejaars vroedkunde student, HA = huisarts.

Tabel 3 - Het bepalen van het fertiele venster volgens een menstruatie-kalender.

	SVV	EVrV	VrV	HA
Aantal antwoorden (n)	14	102	41	9
Ik weet van mezelf wanneer ik VB ben.	%	%	%	%
Altijd of vaak	21	49	49	
Soms, zelden of nooit	79	51	51	
Het bepalen van het FV volgens een menstruatiekalender				
Niet vertrouwd hiermee (n)	10	36	9	
Aantal antwoorden (n)	4	66	32	
In een cyclus van 28 dagen valt het	Gem ± SEM	Gem ± SEM	Gem ± SEM	Gem ± SEM
• begin FV op cyclusdag (D)	14±5	12±4	11±3	
• einde FV op cyclusdag (D)	24±8	18±5	16±2	
• Aantal juiste antwoorden (n)	0	0	0	
In een cyclus van 35 dagen valt het	Gem ± SEM	Gem ± SEM	Gem ± SEM	Gem ± SEM
• begin FV op cyclusdag (D)	15±1	15±5	18±4	
• einde FV op cyclusdag (D)	24±4	21±6	22±3	
• Aantal juiste antwoorden	0	1	0	
Kennis van de kalenderprincipes van de vrouwelijke VBH	%	%	%	%
Een cycluslengte van 25 tot 35 dagen is normaal.	71	77	90	
Een eicel leeft maximum 24u.	43	55	78	56
Kennis van de kalenderprincipes van de mannelijke VBH	%	%	%	%
De levensduur van de zaadcel kan 4 dagen bedragen.	36	62	76	67
Advies bij ZWSwens	%	%	%	%
Bij ZWSwens gebeurt coitus best tussen D8 en D14.	14	54	32	
Bij ZWSwens gebeurt coitus best 24u voor de eisprong.	29	56	83	
Bij ZWSwens gebeurt coitus best 12 tot 16 dagen voor de volgende menstruatie.	64	71	80	
Opmerkelijke antwoorden	%	%	%	%
Een vrouw is steeds vruchtbaar op D14.	43	46	27	
Een eicel kan langer dan 24u bevrucht worden.	56	45	33	44
Gemeenschap bij kinderwens gebeurt best tussen D14 en D20.	29	38	46	
Een vrouw is vruchtbaar tijdens de 14dagen voor de volgende menstruatie.	57	47	46	

De resultaten worden gegeven in aantal (n) of percentage (%) van de antwoorden van deze groep. SVV = standaard Vlaamse vrouw, EVrV = eerstejaars vroedkunde student, VrV = derdejaars vroedkunde student, HA = huisarts.

Tabel 4 - Kennis en toepassing van het cervixslijm als vruchtbaarheidsindicator.

	SVV	EVrV	VrV	HA
Vertrouwd met slijmafscheiding (n)	6	79	38	9
Kennis van de eigenschappen van VB slijm	%	%	%	%
veel slijmverlies	50	31	51	44
doorzichtig, rekbaar slijmverlies	67	30	78	67
Waterig slijmverlies	33	7	39	33
De drie bovenstaande beschrijvingen samen	0	1	23	22
Advies bij ZWSwens	%	%	%	%
Bij ZWSwens gebeurt coitus best bij veel slijmverlies.	33	22	46	
Bij ZWSwens gebeurt coitus best bij helder, rekbaar slijm.	67	21	51	
Bij ZWSwens gebeurt coitus best bij een nat gevoel.	17	10	34	
Opmerkelijke antwoorden	%	%	%	%
Bij ZWSwens gebeurt coitus best bij wit, taai of plakkerig slijmverlies.	50	21	12	11

De resultaten worden gegeven in aantal (n) of percentage (%) van de antwoorden van deze groep. SVV = standaard Vlaamse vrouw, EVrV = eerstejaars vroedkunde student, VrV = derdejaars vroedkunde student, HA = huisarts.

Tabel 5 - Kennis en toepassing van de BLT als vruchtbaarheids-indicator.

	SVV	EVrV	VrV	HA
Vertrouwdheid met de BLT (n)	3	46	39	9
Kennis van BLT-meting	%	%	%	%
De BLT wordt genomen bij het ontwaken.	67	21	22	
De BLT stijgt ten laatste op de dag na de eisprong.	67	31	51	89
De BLT kan stijgen bij ziekte.	33	11	24	
De BLT kan stijgen door het gebruik van alcohol.	33	14	0	
Advies bij ZWSwens	%	%	%	%
Coitus van 5 dagen voor de BLT-stijging tot de dag erna	33	7	24	
Opmerkelijke antwoorden	%	%	%	%
De BLT wordt onder de arm genomen.	33	12	32	
De BLT stijgt bij hooikoorts.	33	5	0	
De BLT daalt na de eisprong.	33	18	34	11
Bij ZWSwens gebeurt coitus best vanaf de temperatuurstijging tot aan de menstruatie.	33	12	34	

De resultaten worden gegeven in aantal (n) of percentage (%) van de antwoorden van deze groep. SVV = standaard Vlaamse vrouw, EVrV = eerstejaars vroedkunde student, VrV = derdejaars vroedkunde student, HA = huisarts.

Bronnen

1. NICE Clinical Guidelines, No. 156. Fertility: Assessment and Treatment for People with Fertility Problems. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). London: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists; 2013.

2. Van Asselt KM, Hinloopen RJ, Silvius AM, Van der Linden PJQ, Van Oppen CCAN, Van Balen JAM. NHG standaard subfertiliteit. Huisarts Wet 2010;53: 203-14.

3. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. N Engl J Med 1995;333(23):1517-21.

4. Stanford JB, White GL, Hatasaka H. Timing intercourse to achieve pregnancy: current evidence. Obstet Gynecol 2002;100(6):1333-41.

5. Frank-Herrmann P, Gnoth C, Baur S, Strowitzki T, Freundl G. Determination of the fertile window: reproductive competence of women – -European cycle databases. Gynecol Endocrinol 2005;20(6):305–12.

6. Keulers MJ, Hamilton CJ, Franx A, Evers JL, Bots RS. The length of the fertile window is associated with the chance of spontaneously conceiving an ongoing pregnancy in subfertile couples. Hum Reprod 2007;22(6):1652-6.

7. Dunson DB, Baird DD, Wilcox AJ, Weinberg CR. Day-specific -probabilities of clinical pregnancy based on two studies with imperfect measures of ovulation. Hum Reprod 1999;14(7):1835–9.

8. Bigelow JL, Dunson DB, Stanford JB, Ecochard R, Gnoth C, Colombo B. Mucus observations in the fertile window: a better predictor of conception than timing of intercourse. Hum Reprod 2004;19(4):889–92.

9. Pallone SR, Bergus GR. Fertility awareness-based methods: another option for family planning. J Am Board Fam Med. 2009;22(2):147-57

10. Faes E, Van De Walle J, Jacquemyn Y. Fertility-awareness methoden: oud nieuws? Ned Tijdschr Geneeskd 2016;72(2):88-95.

11. Dunson DB, Sinai I, Colombo B. The relationship between cervical secretions and the daily probabilities of pregnancy: effectiveness of the Two Day Algorithm. Hum Reprod 2001;16(11):2278–82.

12. Stanford JB, Smith KR, Dunson DB. Vulvar mucus observations and the probability of pregnancy. Obstet Gynecol. 2003;101(6):1285-93.

13. Thijssen A, Meier A, Panis K, Ombelet W. 'Fertility Awareness-Based Methods' and subfertility: a systematic review. Facts Views Vis Obgyn 2014;6(3):113-23.

14. Brosens I, Brosens J. Managing infertility with fertility-awareness methods. SRM 2006;4(1):13-6.

15. Raith E, Frank F, Freundl G. Natürliche Familienplanung heute, Berlin, Springer-Verlag, 1994 .

16. Gnoth C, Godehardt D, Godehardt E, Frank-Herrmann P, Freundl G. Time to pregnancy: results of the German prospective study and impact on the management of infertility. Hum Reprod 2003;18(9):1959-66.

17. Blake D, Smith D, Bargiacchi A, France M, Gudex G. Fertility awareness in women attending a fertility clinic. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1997;37(3):350–2.

18. Hampton KD, Mazza D, Newton JM. Fertility-awareness knowledge, attitudes and practices of women seeking fertility assistance. J Adv Nurs 2012;69(5):1076-84.

19. Malteser Arbeitsgruppe NFP. Natuurlijk en Zeker – Geboorteregeling met Sensiplan ®. Groen; 2013:1-130.

20. HGR 8632. Demografie en epidemiologie van de vruchtbaarheid in België en de nood aan medisch begeleide voortplanting. HGR 2010:1-21.

21. Hull MG, Glazener CM, Kelly NJ, Conway DI, Foster PA, Hinton RA, Coulson C, Lambert PA, Watt EM, Desai KM. Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. Br Med J (Clin Res Ed) 1985;291(6510):1693-7.

22. Gleicher N, VanderLaan B, Pratt D, Karande V. Background pregnancy rates in an infertile population. Hum Reprod 1996;11(5):1011-2.

23. Hunault CC, Habbema JD, Eijkemans MJ, Collins JA, Evers JL, Te Velde ER. Two new prediction rules for spontaneous pregnancy leading to live birth among subfertile couples, based on the synthesis of three previous models. Hum Reprod 2004;19(9):2019-26.

24. Scarpa B, Dunson DB. Bayesian methods for searching for optimal rules for timing intercourse to achieve pregnancy. Stat Med. 2007;26(9):1920-36.

25. van den Boogaard NM, van den Boogaard E, Bokslag A, van Zwieten MC, Hompes PG, Bhattacharya S, Nelen W, van der Veen F, Mol BW. Patients' and professionals' barriers and facilitators of tailored expectant management in subfertile couples with a good prognosis of a natural conception. Hum Reprod 2011;26(8):2122-8.

26. Snick HK, Snick TS, Evers JL, Collins JA. The spontaneous pregnancy prognosis in untreated subfertile couples: the Walcheren primary care study. Hum Reprod. 1997;12(7):1582-8.

27. Gnoth C, Frank-Herrmann P, Schmoll A, Godehardt E, Freundl G. Cycle characteristics after discontinuation of oral contraceptives. Gynecol Endocrinol 2002;16(4):307-17.

28. Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Advies zorgprogramma's reproductieve geneeskunde NRZV/D/326-3, 2011. http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Nationalcouncilforhospitalfaci/11118444?&fodnlang=nl#.Vt7Z5Mfop5k

29. Stanford JB, Mikolajczyk RT, Lynch CD, Simonsen SE. Cumulative pregnancy probabilities among couples with subfertility: -effects of varying treatments. Fertil Steril. 2010;93(7):2175–81.

Bijlage 1 – Goedgekeurd Protocol

Achtergrond

Fertility issues are a common reason for consultation at the general practitioner's.

The spontaneous pregnancy rate of couples who have regular coitus aiming at conception is ~85 % after one year (Brosens *et al.,* 2004). Therefore, couples who are trying to conceive often are advised to try for at least one year before beginning any medical assistance.

In medical guidelines, subfertility is defined as the absence of pregnancy after 12 months of regularly coitus aiming for conception. In the Netherlands, when no cause of subfertility is found after a standardised fertility- work-up by the general practicioner, a prognostic index for the probability of spontaneous conception within 12 months, is calculated This index is based on the woman's age, the duration of the subfertility, prior pregnancies and the semen quality (Hunault *et al.,* 2004). If this index gives a chance of >40 % to conceive spontaneously, a process of expected management is advised for another period of 6 to 12 months, since fertility treatment will not result in higher pregancy rates (Hunault *et al.,* 2004 ; Van Asselt *et al.,* 2010).

In Belgium, subfertility affects 7 to 10 % of the couples (HGR 8632, 2010) and secondary and tertiary care is easily accessible. Couples who are unsuccessfully trying to conceive increasingly turn themselves to fertility centra with the request of an immediate treatment. Further waiting is experienced as a senseless « wasting of time », a lack of competence and empathy of the physicians, and the feeling of not being helped (Hunault *et al.,* 2004 ; Bhattacharya *et al.,* 2008 ; Van den Boogaard *et al.*, 2011).

Therefore, it is crucial that the process of expected management should be well understood by subfertile couples. This period should be completed in a constructive way and therefore an optimal advise should be provided in order to maximize the chance of conception during this period.

The probability of conception varies greatly during a woman's menstrual cycle. Nearly all natural conceptions are due to intercourse during a maximum six-day period that ends on the day of ovulation, called the fertile window (Wilcox *et al.*, 1995 ; Keulers *et al.,* 2007). Timing intercouse according to the fertile window has been shown to diminsh the time to conception in normal fertile couples, and to improve spontaneous pregnancy rate in couples with fertility problems (Stanford *et al.,* 2002 ; Gnoth *et al.,* 2003).

However, 76% (Blake *et al.,* 1997) to 87% (Hampton *et al.,* 2012) of woman seeking fertility-assistance are not able to accurately identify the fertile window in a cycle. Therefore, the present study was set up to to make the expected management period of six months acceptable to couples, by giving the knowledge so that they can use the fertile window as a first therapy to fulfil the child wish.

The Sensiplan® method is symptothermal method that uses the cervical secretion pattern, the changes of basal body temperature (BBT) and the application of calculation rule to identify the beginning and the end of the fertile window (Raith *et al.,* 1994). The type of cervical mucus correlates very closely with rising estrogen levels and its observation not only predicts the fertile days of the cycle but also the likelihood of conception (Dunson *et al.,* 2001, ; Stanford *et al.,* 2003). The BBT rise indicates the beginning of the luteal phase and although it is not useful for determining the ideal timing of sexual intercourse, it is an acceptable and accurate method for evaluating if ovulation has taken place and determine the end of the fertile period (Brosens *et al.,* 2006). This allows to support accurately the learning process of the fertile window, where there should be a correlation between the mucus characteristics and the temperature rise(Gnoth *et al.*, 2003). The Sensiplan® method is teached by experienced instructors in personalised sessions until autonomy and reliability in using the method is reached. This teaching process requires that participants are motivated, have enough time (usually 3 sessions in a period of 3 months are required) and financial ease (200 euro cost all-in teaching by volunteers), as well as the presence of an available instructor near-by. In the actual situation, without support of the social security stem, this might not be sustainable for all couples in all regions of Belgium.

Vraagstelling

In this study, we want to compare the actual instruction as used by the primary care practitioner, with giving the Sensiplan®-manual without instructions, or teaching Sensiplan® in the classical way (with instructors). There will be an assessment of knowledge, consistent use, outcome and acceptability in all methodologies after three and six cycles.

Methodologie

Koppels met kinderwens zullen gerecruteerd worden door de dienst gynaecologie van de UZA en de huisartsenkring in regio Mortsel. De inclusie- en exclusiecriteria worden vermeld in bijgevoegd pdf document.

Er zijn 3 studiegroepen in totaal: (i) controlegroep: de deelnemers krijgen advies mee uit de NHG-standaard Subferitliteit, (ii) interventiegroep "handboek sensiplan): de deelnemers krijgen advies mee uit de NHG-standaard Subfertiliteit en krijgen het handboek van Sensiplan® mee, (iii) interventiegroep "klassieke Sensiplan®-teaching: de deelnemers krijgen advies mee uit de NHG-standaard Subfertiliteit en volgen een klassieke Sensiplan®-teaching (met consulent).

De deelnemers zullen ad random ingedeeld worden in een studiegroep Er wordt gestreefd naar een 20-tal koppels per studiegroep.

De deelnemers zullen geinformeerd worden over de achtergrond van de studie (cf. inleiding). Zij zullen een informed consent-formulier te ondertekenen krijgen, en mogen ten allen tijde beslissen de studie te verlaten. Er wordt geen enkele financiële bijdrage

van hen gevraagd tot deze studie. De deelnemers die gerandomiseerd worden in de interventiegroep “klassieke Sensiplan®-teaching” zullen gratis een Sensiplan®-consultatiereeks kunnen volgen. Ook het handboek wordt gratis meegegeven.

Aan de koppels wordt gevraagd om vragenlijsten in te vullen aan het begin van het onderzoek, alsook na 3 en 6 maanden (cf. bijgevoegd pdf document), en een menstruatiekalender bij te houden waarop de timing van de coitus staat aangeduid.

Er is op medisch vlak geen risico verbonden aan deze interventie. Wel kunnen koppels al dan niet sneller zwanger worden naargelang de groep waarin zij ingedeeld worden. Dit zal met hen besproken worden voor de inclusie.

Bijlage 2 – Advies Ethisch Comité

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

An Stockmans <an.stockmans@icho.be>

Thu 4/9/2015 3:19 PM

To: Birgitte Schoenmakers <birgitte.schoenmakers@med.kuleuven.be>;

Cc: Jacqueline Van De Walle <jacqueline.vandewalle@student.kuleuven.be>;

Betreft uw aanvraag Ethische begeleiding masterproeven

Beste student
Dear student

Uw aanvraag werd aanvaard door de ethische commissie van het UZ Leuven. Dit wil zeggen dat de ethische commissie van oordeel is dat uw studie volgens de gangbare ethische normen wordt uitgevoerd. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan u deze mail als bewijs van goedkeuring door een ethische commissie aan het betreffende tijdschrift doorgeven.

Your application was accepted by the Ethics Committee of the University Hospitals Leuven. This means that the Ethics Committee acknowledges that your study is carried out according to the prevailing ethical standards. If you plan to publish your masterthesis you can use this mail as approval by the ethics committee.

Met vriendelijke groeten

An Stockmans